

# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Saúde Materna e Obstetrícia**

### **Intervenções do EEESMO perante uma circular cervical do cordão umbilical- promoção da adaptação saudável à vida extra-uterina**

**Sergio Ruiz Marcos**

**Relatório de Estágio orientado pela professora**

**Irene Maria Trindade Soares**

**2015**



# Curso de Mestrado em Enfermagem


## Saúde Materna e Obstetrícia

**Intervenções do EEESMO perante uma circular  
cervical do cordão umbilical- promoção saudável à  
vida extra-uterina.**

**Sergio Ruiz Marcos**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Another thing very injurious to the child is the tying and cutting of the navel string too soon; which should always be left till the child has not only repeatedly breathed but till all pulsation in the cord ceases. As otherwise the child is much weaker than it ought to be, a portion of the blood being left in the placenta, which ought to have been in the child.

(Erasmus Darwin, 1801, p.302).

### Dedicatória

Todo percurso de aprendizagem contempla um conjunto de objetivos que seria impossível atingir sem o apoio, orientação e desafios de outras pessoas.

Assim queria apresentar meus sinceros agradecimentos:

À Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe do Bloco de Partos, por acreditar no meu projeto, pelo seu carinho e apoio nos momentos difíceis.

À Professora Irene Soares pela sua disponibilidade e orientação. Obrigado por mostrar-me o caminho certo.

À EEESMOG orientadora no Bloco de Partos pela sua confiança, pela partilhar de experiencias e momentos de reflexão.... Pela sua genuinidade.

As mães e recém-nascido que permitiram à partilha do seu crescimento comigo.

Meus votos de sucesso e felicidade.

À minha mulher Fátima e minha filha Sofia, com quem aprendi o respeito e admiração pela mulher. Sem elas nada faria sentido.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS.**

ABCF	Auscultação de Batimentos Cardíacos Fetais.
AI	Auscultação Intermitente.
APEO	Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras.
ART.	Artigo.
BP	Bloco de Partos.
BPN	Baixo Peso à Nascimento.
CMESMO	Curso de Mestrado Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
CPR	Conselho Português de Ressuscitação.
CSF	Colheita de Sangue Fetal.
CTG	Cardiotocograma.
EEESMO	Enfermeiro Especialista Enfermagem Saúde Materna Obstetrícia
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas Españolas.
FCF	Frequência Cardíaca Fetal.
H	Horas.
ICM	International Conferation Midwives.
Mmhg	Milímetros de mercúrio.
Nº	Número.
OE	Ordem dos Enfermeiros.
OMS	Organização mundial da Saúde.
RAM	Rotura Artificial de Membranas.
RCM	Royal College de Midwives.
RCOG	Royal College Obstetricians and Gynaecologists.
REBA	Rotura Espontânea de Bolsa de Água.
RN	Recém- nascido.
RPM	Rotura Prematura de Membrana.
RSL	Revisão Sistemática da Literatura.
P.	Parto.
p.	Página.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS. (Continuação)**

PMI	Ponto Máxima Intensidade.
PMID	Pubmed id.
S.D.	Sem Data.
SEGO	Sociedade Española de Ginecologia e Obstetrícia.
SUOG	Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.
TP	Trabalho de Parto.
UC	Unidade Curricular.
VS	Versus.

## RESUMO.

Este Relatório de Estágio surge no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da ESEL, sendo referente ao meu percurso de Estágio no Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) num Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo.

O Relatório pretende uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do Estágio com Relatório, de maneira a permitir uma prestação de cuidados de enfermagem especializados na mulher e conviventes significativos no âmbito pré-natal, nos quatro estádios do Trabalho de Parto (TP), nos cuidados imediatos ao recém-nascido, na transição e adaptação à parentalidade e à vida extrauterina, assim como à Mulher a vivenciar processos de doença ginecológica no SUOG.

Entre as competências desenvolvidas, procurei aprofundar conhecimentos nas competências específicas do EEESMO perante a circular cervical do cordão umbilical, desenvolvendo intervenções de modo a otimizar o bem-estar da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Nas estratégias utilizadas procurei fundamentar a minha prestação de cuidados na revisão sistemática literatura promovendo o conhecimento da evidência encontrada através de uma ação de formação. Também realizei entrevistas informais a peritos no BP recolhendo a informação em diários de campos. Através da observação participante, consegui analisar e reflectir sobre a aplicabilidade da evidência encontrada, como também a aquisição da competência pretendida.

Para a análise do meu percurso de aprendizagem pretendo fundamentar minha prestação de cuidados no Modelo de Adaptação de Callista Roy. Acredito ter contribuído para uma prestação cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis no TP através da promoção de uma gestão adequada da circular do cordão umbilical assim como na implementação de intervenções efetivas que garantissem uma **adaptação positiva** na parturiente e recém-nascido.

Palavras-chave: Parturiente, Feto, Intervenções do EEESMO, Circular cervical, Cordão umbilical, adaptação à vida extra-uterina.

## ABSTRACT

This Training Report comes under the 5th Master Degree in Maternal Health Nursing and Obstetrics, ESEL, being related to my internship course in the delivery room (BP) and ER Obstetric and Gynecological (SUOG) in a Hospital Center South bank of the Tagus.

The report aims to reflect on the skills acquired and developed throughout the stage with Report, in order to allow the provision of specialized nursing care in women and meaningful living together in prenatal context, the four Obstetric Labor stages (TP) in the immediate care of the newborn in the transition and adaptation to parenting and extra-uterine life, as well as the Women experiencing gynecological disease processes in SUOG.

Among the skills developed, tried to develop specific skills before the circular cervical cord, developing interventions to optimize the woman in labor and newborn health in adapting will extrauterine life.

The strategies used looked for the reasons of my care in the systematic review literature promoting knowledge of the evidence found through a training action. Also I realized informal interviews with experts in the BP gathering information on daily courses. Through participant observation, I was able to analyze and reflect on the applicability of the evidence found, as well as the acquisition of the required competence.

For the analysis of my learning process I intend to support my care in Adaptation Model Callista Roy. Believe have contributed to providing high quality care and culturally sensitive in labor stages by promoting proper management of circular cord as well as the implementation of effective interventions that would ensure a **positive adaptation** in laboring women and newborn.

Keywords: Parturient, Newborn, interventions midwives, nuchal cord, adaptation to extrauterine life.



<b><u>INDICE</u></b>	<b>PAGINA</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL- MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY</b>	<b>15</b>
<b>2.ANÁLISE DAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS.DESCRICÃO CRÍTICA DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	<b>18</b>
<b>3.COMPETENCIAS DO EEESMO NA GESTÃO DA CIRCULAR DO CORDÃO UMBILICAL</b>	<b>44</b>
<b>3.1.Enquadramento teórico</b>	<b>45</b>
3.1.1.Laqueação tardia versus laqueação precoce do cordão umbilical	<b>45</b>
3.1.2.Adaptação neonatal a vida extra-uterina	<b>49</b>
3.1.3.A circular do cordão umbilical	<b>50</b>
<b>3.3. Metodologia</b>	<b>51</b>
3.3.1. Revisão sistemática da literatura	<b>51</b>
3.2.2. Ação de formação aos EEESMO do B.P	<b>56</b>
3.2.3. Entrevistas informais a peritos e diários de campo	<b>57</b>
3.2.4. Observação participante na gestão da circular do cordão umbilical	<b>59</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I. Estudos seleccionados na Revisão sistemática da literatura.</b>	
<b>APÊNDICE II. Planos de formação e diapositivos</b>	
<b>APÊNDICE III. Avaliação da ação de formação</b>	

## **INDICE DE TABELAS**

<b>Tabela nº1-</b> Critérios de seleção para a Revisão Sistemática da Literatura	<b>51</b>
--	-----------

## **INDICE DE DIAGRAMAS**

Diagrama nº1- Fluxograma de desenvolvimento da Revisão Sistemática da Literatura.	52
---	----

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório insere-se no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da ESEL, sendo referente a Unidade Curricular Estágio com Relatório.

Este Estágio com Relatório decorreu nos SUOG e BP, num Centro Hospitalar da Margem Sul do Tejo, durante um período de 18 semanas, com início a 3 de março e término a 10 de julho de 2015. Teve a duração total de 750 horas, correspondentes a 500 horas de contacto direto, 25 horas de orientação tutorial e as 250 horas restantes de trabalho autónomo.

A realização deste Relatório tem por finalidade fazer uma reflexão crítica do percurso de aprendizagem, analisando os objetivos alcançados assim como as competências adquiridas e desenvolvidas de maneira a permitir uma prestação de cuidados especializados como futuro Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Entre as competências adquiridas pretendo aprofundar sobre as intervenções do EEESMO, no âmbito da gestão do cordão umbilical, promovendo o bem-estar da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação á vida extrauterina.

Os objectivos pretendidos para este Estágio foram ao encontro das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no regulamento nº127/2011, publicado em Diário da Republica 2º serie- nº 35 de 18 Fevereiro de 2011, as Competências descritas pela Internacional Conferaderation of Midwives (ICM, 2011), o Plano de Estudos do 5º CMESMO, da ESEL, e meu projeto de interesse individual.

Sendo um projeto um processo dinâmico e contínuo no decurso do tempo, senti a necessidade de reestruturar alguns dos objetivos inicialmente planeados. Assim o objetivo geral deste Estágio com Relatório consistiu em:

“Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do bloco de partos e Urgência Ginecológica e Obstétrica, a mulher inserida na família e na comunidade, a vivenciar processos de saúde /doença ginecológica, assim

como no período pré-natal, durante os quatro estádios do Trabalho de Partos, no processo de transição e adaptação a parentalidade e do recém-nascido à vida extrauterina.”

De modo a abranger as diferentes áreas propostas neste objetivo, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do bloco de partos, a mulher inserida na família e na comunidade durante os quatro estádios de Trabalho de Parto.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados, apoiando o processo de transição e de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do bloco de partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, a mulher inserida na família e na comunidade, que apoiem o processo de adaptação e transição a parentalidade.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de enfermagem especializados a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do SUOG, no período pré-natal, assim como nos processos de abortamento e complicações puerperais.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados a mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do SUOG, a vivenciar um processo de saúde/doença ginecológica.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, no âmbito da gestão da circular do cordão umbilical, que otimizem o bem-estar da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

Neste percurso de aquisição de competências como futuro EEESMO,

procurei aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas em relação a uma temática em particular: “Intervenções do EEESMO perante uma circular cervical do cordão umbilical - promoção da adaptação saudável à vida extrauterina”.

Embora a circular cervical do cordão cervical seja um evento frequente que acontece em 20 a 30 % dos nascimentos, Hutchon (2013) manifesta a sua preocupação pela existência da percepção de que na presença de uma circular cervical, o bebé não será capaz de nascer ficando preso no canal de parto. Segundo Jefford, Fahy & Sandin (2009) este sentimento de perigo ou de risco, é transmitido culturalmente criando ansiedade nos pais, assim como poderá ser responsável por uma atitude mais interventiva por parte do EEESMO. Mercer, Skovgaard, Pereara & Bowman (2005) defende que a gestão da circular do cordão umbilical tem vindo a ser reflexo do treino e aprendizagem do profissional que gere a situação, estando em falta uma gestão com base a evidência científica. Assim, e para proporcionar um parto seguro o EEESMO precisa entender os processos fisiológicos relacionados com transição à vida extrauterina e o impacto da gestão do cordão umbilical, promovendo métodos seguros para a prática.

A prestação de cuidados à parturiente/recém-nascido/conviventes significativos esteve sustentada no Modelo de Adaptação de Roy, onde a pessoa é percepcionada como um **ser adaptável** com mecanismos que permitem a adaptação de **comportamentos** em resposta aos estímulos ambientais.

No que diz respeito à organização do relatório, após a introdução, apresento o modelo teórico de referência com o qual pretendi fundamentar minha prática de cuidados. Continuo com uma análise crítico reflexiva de cada um dos objetivos específicos descrevendo atividades desenvolvidas para os alcançar assim como as competências atingidas. A seguir, abordei a temática individual determinando as competências específicas inerentes a gestão da circular cervical do cordão umbilical, o enquadramento teórico e a metodologia desenvolvida para atingir estas competências. Finalizo este Relatório de Estágio com umas considerações finais sobre o meu percurso de aprendizagem.

## 1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL- MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY.

O desafio para os profissionais de enfermagem deve passar pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a indivíduos e grupos da comunidade, assim como promover o seu reconhecimento enquanto disciplina profissional autónoma. Para tal, é necessária a produção e consolidação do conhecimento que “é refletido através dos modelos conceituais e teorias de enfermagem, um produto da observação na pesquisa, prática e investigação filosófica de seus autores” (Coelho & Mendes,2011, p. 846).

Segundo Roy & Andrews (2001) os Modelos de Enfermagem, como descrições conceituais, são baseados em suposições científicas e filosóficas.

No Modelo de Adaptação de Callista Roy, as suposições científicas refletem:

- A teoria geral dos sistemas de Bertalanffy (1968). Descreve a pessoa como um sistema adaptável. Roy encara ao indivíduo como algo que funciona como partes independentes que atua em unidade para um determinado objetivo. Os conceitos da teoria dos sistemas das entradas (estímulos) e saídas (comportamento) contribuem igualmente para conceitos importantes do modelo.
- A teoria do modelo de adaptação de Helson (1968). Compreende ao indivíduo, como um sistema, que tem capacidade de se adaptar e criar mudanças no seu médio ambiente. A capacidade de resposta **positiva** a estas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa.

As suposições filosóficas em que o Modelo de Adaptação de Roy é baseado estão associadas ao humanismo e a veracidade.

Por outro lado, o Modelo de Adaptação de Roy, assenta em quatro Meta paradigmas: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem.

A **Pessoa** é entendida por Roy & Andrews (2001) como um sistema adaptativo e holístico, por este funcionar como um todo representando muito mais que a soma das suas partes. Os comportamentos da Pessoa são classificados como respostas adaptáveis ou respostas ineficazes, sendo a análise efetuada aos quatro Modos Adaptativos: Fisiológico, Autoconceito,

Função de Papel e Interdependência.

O **modo fisiológico**, relaciona-se com as cinco necessidades fisiológicas básicas: oxigenação, nutrição, eliminação, proteção, atividade e repouso.

O **modo autoconceito**, refere a necessidade básica da integridade psíquica. Este representa o que a pessoa espera ser e fazer, o ser moral-ético-espiritual, o sistema de crenças e sua própria auto-avaliação.

O **modo de desempenho de papéis**, identifica os padrões de interação social da pessoa em relação aos outros. Estes papéis são classificados como primários, secundários e terciários.

O **modo de interdependência** é analisado na ótica da relação com o outro, identificando os padrões do valor Humano, Afeição, Amor e Afirmação.

O **Ambiente** descreve aos estímulos internos e externos em contínua interação com a pessoa, sendo estes classificados como estímulos focais (confrontam directamente a pessoa), contextuais (influenciam a situação) ou residuais (estímulos com efeitos indefinidos).

A **Saúde** corresponde a um estado e processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada sendo capaz de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio.

O **nível de adaptação** do indivíduo, é concebido como um ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa em responder **positivamente** em uma determinada situação.

O objetivo da **Enfermagem** consiste em promover as respostas adaptativas em relação aos quatro Modos Adaptativos, usando informação sobre o nível de adaptação da pessoa e os estímulos que constroem seu ambiente.

Os cuidados de enfermagem têm por objetivo a *“promoção da adaptação em cada um dos quatro modos de respostas de adaptação”* (Roy, Andrews, 2001, p. 33). Assim, compete ao EEESMO a promoção de comportamentos adaptáveis adequados na transição a vida extrauterina, minimizando as respostas ineficazes.



A vivência do processo de maternidade inicialmente ineficaz, por inexistência de conhecimentos e habilidades instrumentais, afetará o **Modo de Desempenho de Papeis**, no momento de querer desempenhar o seu papel de secundário atribuído com a maternidade. Neste contexto, a mulher requer a utilização de estratégias efetivas de enfrentamento de modo a responder adaptativamente as mudanças exigidas.

A intervenção do EEESMO através do apoio educativo e emocional permitirá uma integração progressiva a seu novo papel assim como contribuirá satisfatoriamente com a provisão de apoio, respeito e afeto no Modo Interdependência através da **adequação afectiva**.

Por outra parte, uma gestão da circular cervical do cordão umbilical com base na melhor evidência disponível, assim como uma prática refletida e consciente sobre o impacto da gestão da circular do cordão umbilical na parturiente/recém-nascido, permitirá garantir um Ambiente apropriado, assim como a implementação de estímulos contextuais adequados que garantam uma **adaptação positiva**.

## 2.ANÁLISE DAS COMPETENCIAS ADQUIRIDAS. DESCRIÇÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.

A reflexão e análise do percurso de aprendizagem assim como das atividades desenvolvidas, permitira verificar de que modo os objectivos inicialmente projectados foram atingidos, assim como quais as competências mobilizadas enquanto futuro EEESMO.

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do bloco de partos, á mulher inserida na família e na comunidade durante os quatro estádios de Trabalho de Parto.

### Análise Critico reflexiva do percurso aprendizagem

A mulher no processo de vivência do parto, requer um conjunto de estratégias de maneira a responder **adaptativamente** ás mudanças físicas e psicossociais exigidas neste período.

Para permitir que o EEESMO obtenha uma melhor compreensão das **respostas comportamentais** que a mulher apresenta, torna-se necessário o conhecimento das expectativas e medos da parturiente perante o Trabalho de parto, sendo relevante sua intervenção em **estímulos focais** como a dor, medo e inseguranças, introduzindo medidas ou **estímulos contextuais** que contribuam em minimizar e substituir as **respostas ineficazes** por **respostas adaptativas**.

Ao EEESMO compete preparar a mulher para uma experiencia positiva do parto promovendo uma prestação de cuidados **holística** centrada na parturiente.

O plano de parto é definido por a Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) como “um documento escrito em que a grávida deixa indicações dos seus desejos e expectativas para o momento do parto e nascimento do recém- nascido” (FAME, 2006, p.19).

Constatei ao longo do estágio que a maioria das parturientes não apresentavam plano de parto, porém procurei informá-las sobre estratégias da gestão da dor, posições possíveis para o trabalho de parto (TP) e parto (P), corte do cordão umbilical, contacto pele a pele e aleitamento materno, incentivando uma relação de confiança com a parturiente/convivente significativo, valorizando a tomada de decisão sobre seu próprio parto e o **domínio do papel**.

Assisti em varias ocasiões á visita da grávida, as quais aconteciam as 5<sup>o</sup> feiras no Bloco de Partos. Esta atividade permite as parturientes familiarizarem-se com o **ambiente** onde irá decorrer o TP assim como conhecer e discutir junto da equipa de EEESMO as opções que têm a seu dispor. Era evidente, como as parturientes que tinham visitado anteriormente o BP, mostravam-se menos vulneráveis no acolhimento, por possuir algum conhecimento do **ambiente** e sua dinâmica o que promovia uma atitude menos expectante e passiva.

O primeiro contacto do EEESMO com a parturiente e convivente significativo é feito no SUOG. Perante a necessidade de internamento, e dependendo da fase do TP, a parturiente era encaminhada na fase latente para o Serviço de Internamento ou em fase ativa para o Bloco de Partos.

O exame inicial no momento do acolhimento consistia em uma entrevista assim como uma avaliação física e obstétrica da parturiente procurado recolher a maior informação possível sobre os quatro **modos adaptativos** da pessoa.

Durante a entrevista, recolhia dados sobre os antecedentes pessoais, história ginecológica e obstétrica anterior, vigilância da gravidez atual e exames pré-natais realizados. Determinar outros aspetos como planeamento e aceitação da gravidez, os apoios sociais utilizados, identificação da pessoa significativa, assim como as expectativas e medos da parturiente, e existência de plano parto era informações relevantes no processo.

Procurei garantir um ambiente privado e confortável durante o acolhimento, e ao longo das diferentes fases do TP.

Também estabeleci uma relação empática e de confiança, adequando a informação transmitida ás necessidades individuais de cada

parturiente/convivente significativo, com base na melhor evidência disponível promovendo uma parceria nos cuidados prestados que garantissem um ambiente materno-fetal controlado e seguro assim como uma experiência adequada.

O decurso do TP normal consiste “na progressão regular das contrações uterinas, apagamento e dilatação progressiva do colo e progressão na descida da apresentação” (Lowdermilk & Perry, 2008 p 346). Sendo TP um período de stress fisiológico para o feto e a parturiente, compete ao EEESMO identificar e monitorizar o TP assim como os desvios ao padrão normal, implementando e avaliando medidas para os corrigir.

Para monitorização e registo da progressão do TP e bem-estar materno-fetal o instrumento utilizado é o Partograma. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o Partograma como a “representação gráfica e objetiva do trabalho de parto” (OMS, 2011, p.42), permitindo avaliar sua progressão assim como determinar quando é necessária uma intervenção.

O registo no Partograma, inclui a monitorização do TP (dilatação cervical, descida da cabeça fetal, contrações uterinas), o registo das condições fetais (frequência cardíaca fetal, situação das membranas, características do líquido amniótico, moldagem do crânio fetal) assim como das condições maternas (pulso temperatura, urina, hemorragia vaginal, oxitocina ou medicamentos e fluidos administrados).

Conforme Campos et al. (2011) o “estado fetal não tranquilizador” é determinado pela ocorrência de eventos associados a hipoxia fetal nos exames de monitorização fetal intraparto, os quais incluem a auscultação intermitente (AI), cardiotocografia (CTG), eletrocardiografia (ECG) e a colheita de sangue fetal (CSF). Durante o estágio não tive disponibilidade de presenciar a colocação do cateter de monitorização interna, porém tive oportunidade de manusear e compreender a técnica de colocação em seminários de orientação para prática clínica em contexto das aulas.

Às parturientes acolhidas na admissão do SUOG, era realizado um traçado de CTG de pelo menos 20 minutos.

No acompanhamento do primeiro estágio do TP, as situações de traçado tranquilizador em parturientes de baixo risco e na ausência de outras indicações (indução de trabalho de parto, analgesia epidural, perfusão ocitócica, presença de mecónio) promovi a AI permitindo a liberdade de movimentos.

Atendendo as indicações da Royal College Midwife (2012), durante o primeiro estágio a AI poderá ter uma periodicidade de cada 15 minutos, orientando para realizar a auscultação durante pelo menos um minuto a seguir a uma contração. No segundo estágio a periodicidade recomendada para todas as parturientes é de cada 5 minutos.

As manobras de Leopold para além da sua utilidade no diagnóstico clínico da apresentação e situação fetal eram imprescindíveis na determinação do Ponto de Intensidade Máxima na Auscultação Fetal (PIM).

Presenciei que embora a monitorização fetal fosse um procedimento encarado com normalidade, para algumas parturientes ou conviventes significativos constituía um **estímulo focal** responsável **de respostas ineficazes** geradoras de ansiedade. Assim o EEESMO deveria estar desperto durante a monitorização para a **promoção de comportamentos adaptativos** proporcionando um suporte informativo e afetivo assim como através das medidas de conforto.

Perante registos não tranquilizadores, procurava, determinar a causa dos mesmos assim como promover intervenções que melhorassem a permeabilidade do sistema vascular materno fetal (mudança de posição, evitar posição dorsal, parar perfusão ocitócica), aumentassem o volume sanguíneo (aumento da reposição de líquidos) e otimizassem a oxigenação do sangue circulante (administração de oxigénio).

Outro procedimento comum na vigilância do TP é o exame vaginal ou cervicometria.

Do toque vaginal “emanam seis fontes de informação sobre a progressão do TP: posição, consistência, comprimento e dilatação do colo uterino, assim

como a descida e rotação da cabeça fetal” (FAME, 2006 p.39).

Também, pelo toque vaginal possibilitava identificar a integridade das membranas assim como analisar as condições do canal de parto. Inicialmente senti alguma dificuldade no exame vaginal particularmente em fase latente de TP, tendo adquirido esta competência de maneira gradual e após análise e reflexão das diferentes experiências junto da minha orientadora.

Para a Sociedad Española de Ginecología e Obstetricia (SEGO), 2010, o exame vaginal pode ser percebido pela mulher como uma prática molesta e invasiva, assim como está associada a um incremento de risco de infeção, pelo que procurei adequar um ambiente promotor de privacidade, **valor e respeito** pela mulher, justificando a necessidade da prática, limitando ao máximo o número de intervenções e comunicando sempre a necessidade do mesmo assim como os resultados obtidos.

Também ao longo do estágio fui desenvolvendo competências de outras técnicas menos invasivas, na avaliação da progressão do TP, como a palpação abdominal (manobras de Leopold) e auscultação do Ponto de Máxima Intensidade da FCF. Contudo os sinais mais evidentes foram através da interpretação do comportamento e sons maternos.

Na monitorização do TP, determinar a integridade das membranas fetais é fundamental para a avaliação do risco maternofetal.

A rotura das membranas fetais poderá acontecer espontaneamente de forma prematura (RPM) mesmo ao logo do TP, ou ser induzida terapêuticamente de maneira artificial (RAM). A SEGO (2010) atendendo a evidência, recomenda a RAM como medida eficaz nas situações de Paragem de Progressão de Trabalho Parto (PPTP), não sendo recomendado como procedimento de rotina.

Os autores Sousa & Amorim (2008) descrevem que as principais complicações da amniotomia são prolapso de cordão umbilical, compressão do cordão com aumento da frequência de desacelerações fetais, rutura de vasa prévia, hemorragias, infeções ascendentes e desconforto durante a realização do procedimento.

Atendendo as indicações da SEGO (2010), quando a RAM é devidamente justificada, compete ao EESMO oferecer apoio contínuo a mulher, hidratação, assim como um método apropriado e efetivo para controlar a dor durante e após o procedimento. Também será necessário auscultar continuamente os batimentos cardíacos fetais, utilizar técnica asséptica e verificar previamente se a apresentação se encontra cefálica OMS (2011).

Durante o Estágio com Relatório, pude realizar 3 amniotomias. Duas por PPTP e outra por CTG não tranquilizador. Também presenciei um prolapso de cordão após RPM durante uma avaliação vaginal. A perícia da EEESMO em posicionar adequadamente a parturiente assim como na rapidez e efetividade da equipa multidisciplinar, conseguiram resolver a situação com sucesso.

Compete ao EEESMO a identificação e monitorização de desvios ao padrão normal da evolução do trabalho de parto assim como as situações de risco materno fetal referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

No atendimento a parturiente no Bloco de Partos, verifiquei um ambiente facilitador de comunicação entre os EEESMO, a equipa obstétrica, anestesia e neonatologia, propiciando um ambiente otimizador das condições de saúde da mãe e do recém-nascido

Surgiram algumas situações de risco infeccioso como RPM, gravidez mal vigiada, hipertermia materna durante o TP, presença de estreptococo B hemolítico, que requereu o seu encaminhamento á equipa médica e intervenção nas atividades interdependentes através da colheita de sangue para análises e na administração de medicação (antibiótico e antipiréticos), assim como no desenvolvimento de atividades autónomas como monitorização do bem-estar materno fetal, e promoção de medidas de conforto e apoio emocional. Acompanhei o TP e P de algumas parturientes com patologia concomitante e/ou associada a gravidez como era o caso de mulheres com obesidade, diabetes insulino-tratadas, Hipertensão crónica, pré-eclampsia, lúpus eritematoso sistémico, seropositividade, asma, epilepsia e depressão. Também acolhemos parturientes com antecedentes pessoais, obstétricos ou

ginecológicos relevantes como de cesarianas anteriores, gravidez adolescente, partos pré-termo, macrosomia fetal e multiparidade o que requeria alguma atenção no planeamento dos cuidados.

Durante o primeiro Estádio do Trabalho de Parto, a promoção do bem-estar da parturiente deverá ser uma das prioridades nos cuidados do EEESMO. Atendendo a OE (2013a) uma boa experiência de parto significa entre outras coisas lidar com a dor normal inerente ao processo do Parto e aliviar ou eliminar as dores desnecessárias, provenientes de tenções, medos, ambientes inesperados, manobras clínicas discutíveis ou presença de pessoas indesejáveis.

A dor no Trabalho de parto resulta de uma série de interações de carácter excitatório e inibitório que, embora sejam semelhantes ao mecanismo da dor aguda, o seu significado no “trabalho de parto envolve sentimentos, comportamentos e atitudes” (Carvalho, Oriá, Pinheiro & Ximenes, 2009, p. 771). Conhecer qual é o significado que a parturiente atribui ao trabalho de parto e particularmente a dor no trabalho de parto poderá ajudar ao EEESMO conhecer quais os **mecanismos de enfrentamento** utilizados para lidar com o **estímulo focal** como é a dor do TP, assim como terá a percepção das necessidades individuais dessa mulher.

Outros autores como Rocha, Monteiro, Ferreira & Duarte, (2009) referem que embora todas as mulheres durante o trabalho de parto sentam dor, as atitudes de cada uma delas a esta mesma dor são amplamente diferentes. Durante o Estágio com Relatório na BP, evidenciei que existem situações onde as mulheres podem querer experimentar e participar no controlo da dor e outras não estarem preparadas para aceitar como razoável qualquer estímulo doloroso.

Atendendo as orientações da OE (2012), durante o TP, todas as grávidas devem poder contar com o recurso a métodos de alívio da dor, assegurando-se a disponibilidade dos mesmos assim que a parturiente os solicite e o profissional de saúde entenda adequados. Para além dos métodos farmacológicos, o alívio da dor poderá advir do conhecimento que a parturiente



tem sobre o seu TP, sua atitude durante todo o processo, o apoio que receba dos profissionais e do acompanhante assim como por mediação de outros métodos não farmacológicos (hidroterapia, deambulação, massagem.).

Aprendi que as medidas de conforto podem variar conforme a situação e progressão do TP. As medidas não farmacológicas como as massagens, numa fase inicial podem ser relaxantes e tranquilizadoras, porém numa fase mais avançada podem ser percebidas como desagradáveis. Deste modo, o suporte mais importante que o EEESMO pode dar à mulher em qualquer fase do Trabalho de Parto será através da informação, comunicação e presença.

Hodnett, Gates, Hofeyr & Sakala (2011), evidenciaram que as parturientes que recebiam apoio contínuo profissional durante o trabalho de parto tinham maior probabilidade de parto vaginal espontâneo e menor probabilidade de receber analgesia epidural, acontecer parto vaginal instrumental, cesariana ou informar de insatisfação com a experiência de Parto. Na mesma linha, o apoio do acompanhante é importante por ser capaz de interpretar os desejos da mulher e transmiti-los ao EEESMO, constituindo um suporte constante.

Quando o acompanhante é o pai, compete ao EEESMO a adoção de uma atitude de respeito pelo grau de envolvimento deste ao longo do processo, promovendo o desenvolvimento do **modo de desempenho de papéis** e do **modo de interdependência**. Potenciar o seu envolvimento até onde desejar, fornecendo a informação necessária sobre a progressão do trabalho de parto, assim como promover sua capacitação sobre as medidas de suporte que poderá desenvolver para apoiar a parturiente, contribuirá para o desenvolvimento do papel instrumental, assim como na promoção do envolvimento familiar e papéis parentais.

Carvalho (2005) descreve que é esperado que a dor aumente à medida que o TP progride, assim como que esta tenha um carácter intermitente e termine num determinado momento. Durante a progressão do trabalho de parto as energias vão-se esgotando e para Coutinho (s.d), a parturiente poderá experimentar situações de extrema ansiedade ao lidar com o aumento da dor. O EEESMO particularmente nestas situações deverá estar presente,

mostrando disponibilidade, através de uma escuta atenciosa e envolvimento emocional progressivo. O mesmo autor, reconhece que no estabelecimento de **uma relação verdadeira** com a parturiente, espera-se que o EEESMO seja capaz de aliviar a dor e o sofrimento da parturiente/conviventes significativos sem falsas expectativas; porém, poderá encorajar a mulher para a confrontar com a passagem para alguma coisa futura significativa, como é o parto.

Encorajar a parturiente a expor as suas dúvidas e inquietudes, respondendo com honestidade às questões colocadas, assim como valorizando o seu esforço, permitirá a mulher sentir-se mais predisposta para se envolver no seu TP, promovendo na parturiente uma percepção mais positiva e satisfatória desta experiência. No Estágio com Relatório acompanhei 70 mulheres no primeiro estágio do TP, identificando e promovendo as seguintes medidas de suporte à mulher em TP:

- Ajudar a mulher a manter o controlo e a participação no seu trabalho de parto, até onde desejar.
- Ajudar a atingir as expectativas da mulher relacionadas com o trabalho de parto.
- Atuar como defensor da mulher, apoiando as suas decisões e respeitando as suas escolhas informadas e transmitindo os seus desejos aos outros profissionais de saúde se necessário.
- Ajudar a mulher a conservar sua energia.
- Ajudar a controlar o desconforto da mulher.
- Reconhecer os esforços da mulher, bem como os do seu companheiro, durante o trabalho de parto e reforçá-los de forma positiva.
- Proteger a privacidade e pudor da mulher.

A autora Coutinho (s.d) refere como importante o facto de a parturiente acreditar nos profissionais de saúde e em si própria vivenciando a experiência através de uma verdadeira relação terapêutica de amizade e companheirismo. Esta autora mantendo as linhas orientadoras de Swanson

(1993) entende que o estar do EEESMO com a parturiente, deverá consistir em estar lá emocionalmente envolvido, “permitindo-lhe expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo, escutando-a atenciosamente de modo a que a parturiente compreenda a preocupação e atenção do enfermeiro.” (Coutinho s.d, pg.31)

Neste momento, estou mais consciente de que a prestação de cuidados do EEESMO no TP não obedece a um apoio estruturado e mecanizado, mas resulta de um processo de cuidados em parceria com a parturiente, que em conjunto com o bem-estar materno-fetal, a identificação das necessidades individuais de cada parturiente, assim como a sua capacitação para vivenciar o trabalho de parto deverão constituir os pilares onde assenta prestação de cuidados do EEESMO no TP.

O centro Hospitalar onde decorreu ao Estágio com Relatório, aderiu ao Projecto Maternidade com Qualidade da OE desde o ano 2014. Entre os indicadores de evidência deste projeto encontram-se a promoção de medidas não farmacológicas de conforto e de alívio da dor durante o TP e P, assim como o envolvimento da parturiente e convivente significativo respeitando os princípios éticos e de autonomia.

Outros dos indicadores de evidência do projeto corresponde a hidratação/ingesta no trabalho de parto, promoção da liberdade de movimentos no TP e P, a redução de número de episiotomias realizadas pelo EEESMO em todas as parturientes com parto eutócico e a promoção da amamentação na primeira hora de vida.

Atendendo às indicações da (OE,2013b. OMS,1996. SEGO,2010.), recomendei a ingestão de pequenas quantidades de água, chá açucarado e gelatina durante o TP e P nas situações que evidenciassem os seguintes fatos:

- Gravidez de baixo risco (com ausência de diabetes mellitus, obesidade mórbida, macrosomia fetal, cesariana anterior, eclampsia ou pré eclampsia).
- Ausência de incompatibilidade feto-pélvica.

- Apresentação cefálica de vértice.
- CTG tranquilizador.
- Ausência de uma via aérea previsivelmente difícil.

Após a ingestão procurei realizar um registo preciso e conciso da hora, volume e tipo de líquido ingerido pela parturiente.

Por outro lado, sensibilizei as parturientes á deambulação e a adotar diferentes posições no TP, assim como promovi o envolvimento do convivente significativo.

Atendendo as orientações da FAME (2006), a promoção de posições verticalizadas reduz o período expulsivo, diminui o desconforto no TP e P e portanto a necessidade de analgesia, melhora a dinâmica uterina, minora a necessidade de partos instrumentais, cesarianas e percentagem de episiotomias assim como menor percentagem de padrões anormais da FCF.

O segundo estágio do trabalho de parto “começa com a dilatação e apagamento completo do colo e termina com o nascimento do recém-nascido” (Lowdermilk et al 2008 p. 346).

Compete ao EESMO aplicar as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica, e em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. (OE, 2011)

Atendendo ás indicações da minha orientadora, foram promovidos os puxos espontâneos, aguardando pela distensão dos músculos perineais e consequentemente o reflexo de Ferguson.

A FAME (2006) alerta que o início numa fase muito precoce dos esforços expulsivos parece influenciar negativamente nos resultados do parto, apresentando uma maior incidência de partos instrumentais, assim como no bem-estar fetal (desacelerações da FCF e hipoxemia) e nos resultados maternos (alterações hemodinâmicas e aumento de lesão dos músculos perineais e ligamentos uterinos).

Verifiquei que às vezes as parturientes referiam vontade de iniciar os puxos

espontâneos quando ainda não se encontrava com dilatação completa, sendo promovida nestas situações a mudança de posição assim como medidas de conforto.

Durante o parto promovi frequentemente a posição lateral entre as parturientes. Esta posição garante maior amplitude do estreito inferior, menor risco de laceração e episiotomias e um bom acesso ao períneo. (OE, 2013c)

Conduzi 3 partos em posição de cócoras dos quais resultou 2 períneos íntegros e uma laceração da mucosa vaginal assim como verifiquei que as parturientes manifestavam menor desconforto, maior tolerância a dor e menor dificuldade dos puxos.

Promovi a posição de gatas em duas parturientes durante o TP, por terem referido desconforto intenso na região lombar, resultando em melhoria de desconforto. Segundo a OE (2013c) esta posição facilita a rotação e progressão da apresentação fetal, melhora a oxigenação fetal e diminui a dor na parturiente

Acompanhei 42 parturientes no segundo estágio de trabalho de parto, tendo sido todas partos eutócicos de apresentação cefálica. No meu percurso no Estágio com Relatório não tive oportunidade de acompanhar o parto pélvico vaginal, porém tive a oportunidade de treinar a execução desta técnica simulada em sala de aula.

Após o coroamento no momento de expulsão fetal, promovia a manobra de Ritgem modificada permitindo uma deflexão progressiva e lenta da cabeça, adequando uma expulsão controlada. A episiotomia era realizada de maneira selectiva, sempre com um propósito justificado e após consentimento materno, tendo optado em todos os casos pela episiotomia lateral. A OE (2013d) aconselha a realização nos seguintes casos: sofrimento fetal, parto instrumental ou complicado (distocia ombros, apresentação pélvica ou macrossomia) e lesão iminente de laceração de laceração perineal grave.

Assim das 42 parturientes em que prestei cuidados durante o segundo estágio, foram necessárias efetivar 6 episiotomias, permitindo o desenvolvimento de competências no reconhecimento das situações em que é necessário efectuar

a técnica, aplicação de anestesia local assim como na realização da episiotomia e episiorrafia.

Ao longo do segundo estágio do TP é importante a monitorização da FCF, pelo menos durante 1 minuto e com intervalos máximos de 5 minutos, aproveitando os períodos de descanso maternos para promover um registo mais sequencial e nítido da FCF.

Após a expulsão da cabeça fetal realizava a pesquisa de circular cervical do cordão umbilical. Sendo um dos objetivos específicos o desenvolvimento de competência na gestão adequada da circular do cordão umbilical, este tema será desenvolvido no capítulo 3.

O momento da expulsão dos ombros, constituía um período de elevado estresse. No Estágio com Relatório presenciei duas distocias de ombros que foram eficazmente corrigida com a manobra de Mc. Robert e pressão suprapúbica.

Reparei que alguns EEESMO promoviam o parto em posição de gatas ou em Gaskin quando era esperado um recém-nascido de percentil mais elevado, planeando os cuidados antecipadamente. Autores como Silva, Soares & Ferreira (2007) defendem que a posição de Gaskin, tem revelado facilitar o desprendimento biacromial na distocia de ombros, assim como poderá diminuir as lacerações perineais por facilitar a proteção perineal durante a deflexão cefálica.

Após um período de reflexão com minha orientadora analisando as inúmeras vantagens da posições verticalizada, acredito que o EEESMO para garantir um parto em ambiente seguro no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém- nascido, necessita de formação de modo a garantir uma execução adequada e em segurança dos partos verticalizados.

O terceiro estágio do trabalho de parto inicia apos o nascimento do recém-nascido até à expulsão da placenta. Segundo Lowdermilk et al. (2008) o objectivo neste período consiste no descolamento e expulsão completa da placenta assim como a avaliação e prevenção da hemorragia pós parto.

Atendendo as guidelines internacionais da National Institute for Health and Care Excellence (2014), assim como da OMS (2012), a gestão ativa do terceiro estágio do parto (administração de oxitocina, laqueação do cordão e tração controlada após sinais de descolamento) deve ser uma prática recomendada, pois está associada a um menor risco de hemorragia pós-parto e / ou a necessidade de transfusão de sangue. Porém durante o Estágio com Relatório foi sempre promovido o descolamento natural espontâneo ou fisiológico da placenta, atendendo as indicações da minha orientadora sendo o procedimento habitual observado no serviço.

Acompanhei o terceiro estágio em 42 parturientes o que me permitiu o desenvolvendo das seguintes competências: identificação dos sinais de descolamento, identificação e avaliação das estruturas placentárias e integridade das mesmas, identificação dos sinais de descolamento e remoção placentária de maneira eficaz e segura. Em uma situação foi necessário o apoio da equipa médica por retenção da placenta, o que permitiu-me a observação da técnica de dequitação manual.

A maior parte das dequitações aconteciam pelo mecanismo de Schultze, tendo assistido a 8 dequitações por mecanismo de Matthews Duncan. Autores como Lowdermilk et al. (2008) defendem que o mecanismo de expulsão placentária não terá importância clínica, porém e segundo a OMS (2005a) refere que, no mecanismo de Matthews Duncan é mais comum que haja retenção de partes das membranas uma vez que podem não se destacar completamente como acontece no mecanismo Schultze.

No Estágio com Relatório acompanhei duas situações de membranas fragmentadas, a quais surgiram após o mecanismo de expulsão de Matthews Duncan. A presença de membranas fragmentadas constitui um fator de risco relevante na hemorragia pós parto e da infeção puerperal, sendo todos os casos documentados em registo no processo clínico e comunicados a equipa médica e de enfermagem promovendo assim a continuidade de cuidados.

Após a dequitação promoviam-se medidas de prevenção da hemorragia pós parto através da manobra de Credê (massagem do fundo uterino) assim

como com o início da perfusão ocitócica quando necessário e conforme a avaliação individual de cada parturiente. A amamentação precoce também revelava-se um excelente aliado na prevenção da atonia uterina atendendo a sua eficácia na produção natural de ocitocina, assim como a massagem suprapúbica e a vigilância e prevenção de globo vesical.

A seguir procedia-se a avaliação e registo da inspeção placentária (forma, aspeto, integridade dos cotilédones e das membranas) assim como do cordão umbilical (estruturas observadas e inserção) evidenciando qualquer anormalidade nas estruturas observadas ou fragmentação das mesmas.

Durante o Estágio com Relatório, assisti a expulsão de 5 placentas sucenturiadas com a presença de lóbulo extra de tecido placentário e uma placenta bipartida, tendo sido esta última identificada previamente, nos exames de vigilância pré-natal.

Os partos eutócicos e partos distócicos por via vaginal frequentemente estão associados a lesões agudas e lacerações do períneo, vagina, útero e dos tecidos de suporte.

As lacerações do períneo são classificadas atendendo a sua profundidade, e conforme com Lowdermilk et al. (2008) a sua reparação imediata promove a cicatrização, limita a lesão residual e diminui a possibilidade de infeção.

Após a dequitação avaliava a integridade do canal de parto identificando as lesões presentes. Antes da reparação e após a limpeza e higienização do períneo, era impreterível garantir uma técnica asséptica. Atendendo às indicações da OMS (2005), a reparação perineal é feita por planos utilizando sutura absorvível poliglicólica atendendo a sua força tênsil, propriedades antialérgicas, baixa probabilidade de risco infeccioso, baixa probabilidade de complicações infecciosas, menos dor perineal no puerpério e baixa incidência de dispareunia mais tarde

Durante o Estágio com Relatório as lacerações reconstruídas foram de grau I e II. Pude presenciar a reconstrução de várias lacerações vaginais altas e lacerações do colo após 2 partos distócicos com fórceps. Assim durante o



Estágio com Relatório consegui desenvolver competências que me permitiram a inspeção adequada do canal de parto identificando quais as lesões e natureza das mesmas, a execução da técnica de reparação de maneira adequada garantindo um procedimento asséptico assim como a avaliação das complicações imediatas após a reconstrução (hemorragia, hematoma, infecção e retenção urinária).

O quarto estágio do Trabalho de Parto, é delimitado por Lowdermilk et al. (2008) a primeira e segunda hora após o nascimento do recém-nascido, correspondendo a um momento crucial para a parturiente/ convivente significativos, por tratar-se de um período de recuperação do processo físico do parto assim como o início da vinculação e estabelecimento das relações familiares.

Durante este estágio o corpo da parturiente sofre um conjunto de adaptações fisiologias e psicológicas competindo ao EEESMO a monitorização do ajustamento nos 4 **modos de adaptação**.

Atendendo **ao modo fisiológico**, os desajustes puerperais mais frequentes neste estágio correspondem a hemorragia, infecção, hematomas e dor, sendo função do EEESMO intervir transversalmente com avaliações periódicas detetando desvios da normalidade física, com a implementação de medidas de alívio e conforto para a dor assim como através de medidas de segurança com o intuito de prevenir danos ou infeção.

Para a avaliação puerperal neste estágio, a duração e dificuldade dos estádios anteriores, o tipo de parto assim como presença de episiotomia ou lacerações, o número de partos anteriores e se a mulher tem intenção de amamentar, constituem alguns dos **estímulos contextuais** que irão condicionar o **ambiente**.

Na avaliação das necessidades socioculturais da puérpera/ conviventes significativos neste período, implica por parte do EEESMO analisar a reação dos pais á experiência do parto (**modo interdependência**),atender aos sentimentos e perceção que os pais tem deles mesmos (**modo autoconceito**), assim como as interações da puérpera com recém- nascido assim como

com os restantes conviventes significativos (**modo desenvolvimento de papeis**).

Atendendo às orientações de Lowdermilk et al. (2008) as intervenções do EEESMO deverão corresponder a medidas promotoras da autoconfiança dos pais à medida que assumem o cuidado e responsabilidade para com o recém-nascido integrando progressivamente o novo membro na estrutura familiar existente, de modo a ir ao encontro das suas expectativas culturais.

Durante o TP a parturiente e conviventes significativos eram informados dos benefícios do contacto precoce pele a pele, sendo esta medida promovida após consentimento da mulher.

A OE (2013e) refere que o contacto precoce pele a pele esta intrinsecamente relacionado com a iniciação do aleitamento materno na primeira hora de vida e o seu sucesso ou manutenção como forma de alimentação exclusiva no recém-nascido.

Na promoção do aleitamento materno, Levy e Bertolo (2008) salientaram três momentos fulcrais na intervenção em saúde no que se relaciona com o aleitamento materno, a tomada de decisão para amamentação, o estabelecimento da lactação e o suporte do aleitamento materno.

Assim no BP, procurei centrar-me na tomada de decisão e o estabelecimento do aleitamento. Partilhei com as puérperas as vantagens do aleitamento materno, como garantia de uma decisão esclarecida. Também ensinei, supervisionei e treinei a técnica de amamentação junto da tríade, corrigindo o posicionamento do RN, capacitando a puérpera no reconhecimento dos sinais de boa pega e para a avaliação dos reflexos de sucção e deglutição, assim como informei sobre a frequência e horários das mamadas e condutas a adotar na prevenção de complicações no estabelecimento do aleitamento (problemas mamários, utilização de chupeta, sonolência do RN, etc.....)

Aproveitei alguns momentos junto da puérpera para educar sobre os cuidados perineais e cuidados ao recém-nascido, como promoção do autocuidado assim como aumento da autoconfiança e capacitação nos cuidados ao recém-nascido.

Durante o Estágio com Relatório prestei cuidados a 65 puérperas no quarto estádio do TP. Atendendo a análise do meu percurso acredito ter atingido as competências necessárias para assistir a mulher ao longo dos quatro estádios do TP.

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados, apoiando o processo de transição e de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina

#### Análise Crítico reflexiva do percurso aprendizagem.

No acolhimento, as intervenções imediatas do EEESMO ao recém-nascido visavam fornecer.

- A promoção de um padrão respiratório eficaz.
- A promoção de um ambiente térmico adequado.
- A garantia de um ambiente seguro e livre de infeções.

No momento do parto, a limpeza das vias aéreas é assegurada pela drenagem passiva das secreções assim como através da compressão do tórax e vias áreas superiores na sua passagem pelo canal do parto, sendo complementada com a limpeza e remoção manual.

Era importante explicar aos pais que o espirro e a tosse são reflexos normais que ajudam a limpeza da via aérea. Também era explicado a importância de garantir um ambiente térmico adequado, e a atitude a seguir em caso de engasgamento, promovendo o desenvolvimento de **comportamentos instrumentais e expressivos** adequados **ao papel secundário** que deverão de assumir na prestação de cuidados ao recém-nascido.

Nas situações de asfixia ou padrão respiratório ineficaz, competia ao EEESMO assegurar a reanimação do recém-nascido em situações de emergência. Durante o Estágio com Relatório houve necessidade de aspirar e promover administração de oxigénio a 2 dos recém-nascidos, sendo um destes transferido para a Unidade de Cuidados Intermédios de Neonatologia, por

gemido persistente, o que me permitiu assegurar a transferência do recém-nascido durante o transporte.

Sendo competência do EEESMO assegurar a avaliação imediata do recém-nascido, e atendendo ao procedimento habitual no Bloco de Partos era avaliado e registado o Índice de Apgar (IA) ao 1º minuto, ao 5º minuto e ao 10º minuto de vida. O IA descreve a transição do recém-nascido ao ambiente extrauterino avaliando a frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. Segundo o Conselho Português de Ressuscitação (CPR) 2010, constitui um mecanismo simples e claro de classificar o recém-nascido, e que devera ser tido em conta na comparação dos resultados de práticas obstétricas, métodos de analgesia e resultados de reanimação.

Após autorização prévia da parturiente, a secagem e estimulação do recém-nascido eram realizados no abdómen maternos, promovendo o contacto precoce pele a pele.

Moore E.R. et al (2012) através de uma revisão sistemática que incluía 34 ensaios clínicos randomizados com 2177 díades mães- recém-nascidos, reportaram que o contacto precoce pele a pele trazia benefícios significativos a nível da taxa de amamentação no período de um a quatro meses após o nascimento, também aumentou a duração da amamentação, as glicemias dos recém-nascidos expostos ao contacto precoce eram mais altas aos 75 e 90 minutos assim como os prematuros tardios apresentaram melhor estabilidade cardiorrespiratória, pelo que nas situações de recém-nascidos aparentemente saudáveis era promovido o contacto pele a pele sem interrupção do processo de vinculação, protelando as invenções de rotina para uma fase tardia do puerpério imediato.

A profilaxia de Credé para a prevenção de conjuntivite neonatal é uma prática que se tem vindo a abandonar na maternidade onde decorreu o estágio, optando-se pela vigilância neonatal. Porém a OMS, (2005b) recomenda, como medida profilática, a aplicação de uma solução de nitrato de prata a 1% ou de pomada oftálmica de tetraciclina a 1% aos olhos de todos os recém-nascidos,

no momento do parto. A importância da profilaxia é uma medida defendida por autores como Passos & Agostini (2011) atendendo a elevada prevalência de infecção genital em mulheres com idade fértil aliado ao fato de que a transmissão vertical da infecção genital por clamídia e gonococo é de 30 a 50%. Contudo, e segundo a OMS (2005b) a profilaxia ocular dá uma proteção reduzida contra a conjuntivite por *C. trachomatis*. Por outro lado, promovia a prevenção de doença hemorrágica através da administração IM de vitamina K. Periquito (2014) descreve como as vitaminas do grupo K são essenciais na produção de várias proteínas envolvidas na coagulação, (Protrombina, fatores de coagulação VII, IX e proteínas C, S e Z) assim como intervêm no metabolismo ósseo e apoptose. Atendendo as escassas reservas e aporte insuficiente desta vitamina, o recém-nascido fica numa posição vulnerável perante a doença hemorrágica por deficit de vitamina K, pelo que se preconiza a administrar 1 mg em dose única Intramuscular a todos os recém-nascidos de peso superior ou igual a 1500gr e de 0,5mg aos restantes.

Outro cuidado relevante no puerpério imediato ao recém-nascido consistia na vigilância de hipoglicémias neonatais, avaliando a glicemia capilar nas situações com dificuldade de adaptação mamária ou sintomatologia como letargia, irritabilidade, tremores, alterações do tônus muscular. Com recém-nascidos macrossômicos, de Baixo Peso à Nascimento (BPN) ou filhos de mães diabéticas era protocolo do serviço a avaliação da glicemia capilar as 2, 4 e 6 horas de vida, continuando a avaliação de 6/6h.

Antes da transferência para o puerpério, era efetuado um exame objetivo ao recém-nascido que incluía:

- Observação geral, de maneira sistemática permitindo a identificação de alterações morfológicas e funcionais mais evidentes. A avaliação da tonicidade muscular, cor da pele, resposta a estimulação (hipotonia, irritabilidade), assim como a verificação da primeira micção e ejeção de mecónio eram procedimentos a considerar nesta avaliação.
- Observação neurológica, através da avaliação dos reflexos o que nos permitia a análise da maturidade e integridade do sistema nervoso do

recém-nascido.

- Avaliação antropométrica através avaliação e registo do peso do recém-nascido.

De modo a garantir as medidas de suporte adequadas ao recém-nascido na transição a vida extrauterina, tive que conceber e planear minhas intervenções considerando os:

- Antecedentes familiares e maternos (doenças geneticamente transmissíveis e infectocontagiosas).
- Antecedentes obstétricos maternos.
- Gestação atual (duração da gestação, vigilância pré-natal, grupo sanguíneo, fator Rh, serologias).
- Ocorrências durante a gestação (hipertensão, cardiopatia, diabetes, infecção urinária, anemia, ameaça de parto pré-termo, hemorragias, etc..).
- Ocorrências no Trabalho de Parto (sofrimento fetal, tempo de rotura de membranas, medicação administrada, tipo de parto, etc....).

Em situações de risco perinatal identificado com necessidade de eventual reanimação do recém-nascido ou com necessidade de intervenção médica imediata era solicitada a presença do pediatra, colaborando com o mesmo na prestação de cuidados imediatos (parto distócico, parto gemelar, sofrimento fetal, prematuridade, morte fetal anterior, depressão cardio-respiratória, malformações, traumatismo).

Nas situações de risco perinatal com necessidade de eventuais cuidados especiais, a equipa médica era comunicada do nascimento providenciando sua avaliação posterior (gravidez mal vigiada, recém nascido com menos de 2500 gr, mãe diabética, mãe com serologias positivas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovirus, hepatites virais, sífilis, com vírus imunodeficiência adquirida)

No Estágio com Relatório, participei na prestação de cuidados a 50 recém-nascidos saudáveis, colaborando com o pediatra no acolhimento de 9 recém-

nascidos provenientes de partos distócicos. Atendendo a análise do percurso de aprendizagem considero ter atingido o presente objetivo, adquirindo as competências necessárias como EEESMO de maneira a apoiar ao recém-nascido no processo de transição e implementando medidas de suporte na adaptação a vida extra-uterina.

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados, no âmbito do bloco de partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, á mulher inserida na família e na comunidade, que apoiem o processo de adaptação e transição a parentalidade

#### Análise Critico reflexiva do percurso aprendizagem

Para Graça (2010) o papel parental, não é algo inato, que nasce com o indivíduo, mas é algo que se aprende. Este, como qualquer outro papel necessita de tempo para ser dominado, desenvolve-se com experiência e evolui gradual e continuamente à medida que as necessidades dos pais e da criança mudam.

Na transição para a parentalidade, procurei contribuir com os pais para estes identificarem, assumirem e levarem a cabo as **tarefas associadas** ao seu **novo papel secundário**. Assim, procurei preparar aos pais para as mudanças e tarefas implicadas nesta transição, planeando algumas intervenções com os pais, visando a promoção dos **comportamentos expressivos** e de **habilidades instrumentais** adequadas. Achei pertinente alertar aos novos pais sobre a normalidade dos sentimentos ambivalentes no ajustamento a parentalidade promovendo a gestão do tempo e a comunicação entre o casal como medidas de apoio. Também sensibilizei as multíparas para o envolvimento dos irmãos do recém-nascido no planeamento das rotinas.

Na promoção da vinculação no Bloco de Partos, partilhei com a equipa, uma constante preocupação com o **ambiente** da unidade, moderando os processos que interrompessem o contacto da tríade. Nos momentos que era solicitada minha intervenção procurei enaltecer as **habilidades instrumentais** dos pais

assim como as competências individuais observadas no recém-nascido, promovendo o um sentimento de conforto e confiança no desempenho dos respetivos papéis.

Um dos momentos de grande ansiedade das mães e quando os RN fazem a primeira pega. O EEESMO deverá apoiar a puérpera para adoptar um posicionamento confortável, mostrando-se disponível e presente, de maneira a garantir **respostas adaptativas eficazes**.

Por outro lado, para estabelecer um sistema eficaz de suporte que garanta a promoção de uma parentalidade adequada, é importante que o EEESMO compreenda as necessidades individuais da puérpera/família. Segundo Lodwermilk et al. (2008), a idade, redes sociais, cultura, situações socio económicas e aspirações pessoais futuras são alguns dos fatores que interferem com reações parentais ao nascimento.

No momento de acolhimento questioneei a parturiente e conviventes significativos sobre o projecto e aceitação da gravidez assim como tentei analisar a situação social da puérpera/casal, de maneira a identificar prováveis **estímulos contextuais** que possam comprometer a adaptação a uma parentalidade adequada. Para além disso, informei e orientei a mulher/conviventes significativos sobre a legislação, direitos e deveres na proteção e apoio à parentalidade, promovendo o encaminhamento para o serviço social sempre que necessário.

Atendendo á análise do percurso de aprendizagem considero ter atingido o presente objetivo, adquirindo as competências necessárias como EEESMO de maneira a apoiar a mulher inserida na família e na comunidade no processo de adaptação e transição a parentalidade



Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de enfermagem especializados a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do SUOG, no período pré-natal, assim como nos processos de abortamento e complicações puerperais.

### Análise Crítico reflexiva do percurso aprendizagem

O SUOG está preconcebido para intervir no âmbito do ciclo reprodutivo da Mulher a nível de planeamento familiar e pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério e Ginecologia, o que requer do EEESMO um profissional referência para todas as utentes na manutenção e melhoria da sua saúde sexual e reprodutiva.

No Estágio com Relatório, no âmbito do SUOG, realizei o acolhimento da mulher e conviventes significativos, no período pré-natal, puerperal e em situação de abortamento.

Tive a oportunidade de acolher na triagem um total de 32 mulheres e seus conviventes significativos no período pré-natal, assim como 3 mulheres no puerpério tardio. Contractilidade uterina, dor pélvica, diminuição dos movimentos fetais, vômitos, astenia, hemorragias do primeiro e segundo e terceiro trimestre, infeções respiratórias e urinárias, disúria, esclarecimento de dúvidas, Rotura Espontânea de Bolsa de Aguas (REBA) e exposição á varicela, foram as causas de atendimento reportadas.

Sendo a datação correta da gravidez determinante para os cuidados pré-natais, esta era sempre confirmada em todas as grávidas atendidas no SUOG. A OE (2015) reconhece uma diminuição significativa de induções de TP por gravidezes pós termo após uma correta datação, sendo que a maturação cervical e a indução do trabalho de parto estão associadas a maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal e rotura uterina.

Monitorizei o bem-estar materno fetal através do exame físico da grávida, avaliação e interpretação dos desconfortos, sinais vitais, ABCF, determinação da estática fetal e monitoração CTG. A promoção das consultas de vigilância pré-natal, foram uma preocupação constante. Promovi a educação para a

saúde, capacitando a grávida para o reconhecimento dos sinais de alarme nos desvios à gravidez fisiológica e interpretação dos desconfortos, assim como para o cumprimento do regime terapêutico.

Verifiquei que as grávidas e seus conviventes mais significativos nem sempre estão preparados para o desvio fisiológico da gravidez assim como para aceitar a condição de doença e sua necessidade de internamento. Esta situação é geradora de grande angústia e sofrimento por parte da díade, pelo que procurei estabelecer uma relação terapêutica adequada e uma comunicação assertiva e eficaz.

As situações de abortamento apareceram com alguma frequência no SUOG. A interrupção de uma gravidez por morte fetal supõe uma interrupção de um processo que poderá às vezes englobar uma alteração da sua identidade como pais, assim como o insucesso de muitos projetos associados à parentalidade. Para Lowdermilk et al (2008) o processo de luto pode ser conceptualizado atendendo a quatro tarefas: aceitar a perda, trabalhar a dor, adaptar-se ao ambiente e prosseguir com a vida.

Partilho a visão de Haddad (2010) quando estabelece que o EEESMO deverá contribuir como um agente facilitador de expressões maternas respeitando os momentos de discurso e de silêncio, permitindo o choro, entendendo-o como forma de extravasar a dor. Lodermilk et al. (2008) defendem que o silêncio poderá ser uma atitude terapêutica, permitindo a pessoa enlutada a organizar o seu pensamento e analisar o que esta a partilhar.

Neste processo, embora todas as intervenções estejam orientadas e organizadas na expulsão fetal, o EEESMO deve estar atento as mudanças emocionais da parturiente durante o processo oferecendo-se como medida de suporte para enfrentar a crise, apoiando-lhe e permitindo expressar seu sofrimento, aflições e medos. Atendendo a análise do percurso de aprendizagem considero ter atingido o presente objetivo, adquirindo as competências necessárias como EEESMO de maneira a apoiar a mulher inserida na família e na comunidade no período pré-natal, assim como nos processos de abortamento e complicações puerperais.

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados a mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do SUOG, a vivenciar um processo de saúde/doença ginecológica.

#### Análise Crítico reflexiva do percurso aprendizagem

Durante o Estágio com Relatório no SUOG, acolhi na triagem 6 mulheres e conviventes significativos com problemas do foro ginecológico. Entre os motivos/queixas /desconfortos atendidos encontrei dor hipogástrica, metrorragia, perdas menstruais aumentadas, status pós cirurgia a mama, amenorreia e lipoma vulvar.

Colaborei com a equipa multidisciplinar no diagnóstico e tratamento, informando sobre o processo de doença ginecológica, promovendo a decisão informada. Nas intervenções autónomas, procurei um atendimento que garantisse o suporte emocional e psicológico da mulher e conviventes significativos assim como encaminhamento adequado atendendo as necessidades individuais.

A DGS (2008) entende a saúde reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas a ausência de doença. Assim procurei alguns momentos para a promoção da educação para a saúde, estimulando e orientar a mulher para adoção de estilo de vidas saudáveis e higiénicos sanitários adequados, promovendo o recurso das consultas de planeamento, o rastreio do cancro de colo, o rastreio do cancro mamário e o autoexame mamário.

Embora a variedade de experiências e oportunidades clínicas do foro ginecológico não fosse tão vasta quanto desejaria, acredito ter conseguido atingir o objetivo proposto atendendo a reflexão sobre as situações clínicas atendidas, complementando as competências desenvolvidas nos Ensinos Clínicos (EC) I e IV.

### 3.COMPETENCIAS DO EEESMO NA GESTÃO DA CIRCULAR DO CORDÃO UMBILICAL.

Entre as competências para o EEESMO, propostas pela O.E. (2010), inclui: Competência H3- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

Na mesma linha, a International Confederation of Midwives (ICM), descreve que uma das competências essenciais para a prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, consiste em:

“Prestar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis no trabalho de parto, conduzir um parto limpo e seguro e resolver determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos” (ICM 2010 p,12).

Perante uma circular do cordão, o EEESMO visando atingir estas competências, deve estar desperto para o impacto da gestão da circular cervical, de maneira a garantir uma gestão adequada dessa situação, minimizando as **respostas ineficazes**.

É relevante a consciencialização do EEESMO de que muitas práticas comuns de atendimento durante o parto, nascimento e no pós-parto imediato podem ter impacto na transição do feto a recém-nascido, sendo que algumas destas práticas na prestação de cuidados do recém-nascido não tem eficácia comprovada.

Segundo manifestam Mercer, Skovgaard, Pereara & Bowman (2005), a gestão da circular do cordão umbilical tem vindo a ser reflexo do treino e aprendizagem do profissional que gere a situação, estando em falta uma gestão com base a evidência científica.

Para proporcionar um parto seguro o EEESMO precisa entender os processos fisiológicos relacionados com transição à vida extrauterina e o impacto da gestão do cordão umbilical, promovendo métodos seguros para a sua prática.

### **3.1.Enquadramento teórico**

Na procura da excelência do cuidado, é imprescindível que o EEESMO “sustente a sua intervenção na aplicação efetiva da evidência, indispensável ao processo de tomada de decisão em Enfermagem”(Conselho de Enfermagem, 2009 p. 2). Assim surge a necessidade deste enquadramento.

#### **3.1.1.Laqueação tardia versus laqueação precoce do cordão umbilical**

Os autores Mercer et al. (2005), descrevem que o cordão umbilical é constituído por duas artérias e uma veia, rodeados de geleia de Warton que em grande parte é composta de muco polissacarídeos (ácido hialurónico e sulfato de condroitina), assim como uma fina rede de fibroblastos ou tecido conjuntivo de colagénio que confere a estrutura e vasos proteção e suporte, no entanto serão as pressões do fluxo de sangue venoso e arterial que impedem a interrupção do fluxo de sangue na compressão e torção.

Graça (2010) identifica que as artérias umbilicais mantem um fluxo pulsátil de sangue com pressões sistólica e diastólica de cerca de 60 e 30 mmhg respetivamente. A pressão venosa da veia umbilical é cerca de 20/ 25 mmhg. Do mesmo modo, Matalllana (2006) clarifica que o lúmen da veia umbilical é maior que das artérias e apresenta as paredes vasculares mais finas o que lhe confere maior vulnerabilidade as forças mecânicas de compressão.

Após o parto o cordão umbilical continua a pulsar o que permite identificar que mantem a perfusão placentária de sangue para o recém-nascido.

Abalos (2009) apoiado nos estudos fisiológicos de Linderkamp, Nelle, Krauss & Zilow(1992) e Yao AC. (1974) determina que existe uma transfusão de 80 ml de sangue da placenta para o recém- no primeiro minuto, chegando até os 100ml aos 3 minutos de perfusão.

Por outro lado, existe evidência ao longo do tempo, que as práticas clínicas têm vindo a mudar por outras aparentemente mais modernas, por vezes sem qualquer sustento na evidência científica.

Cerdanas (2007), lembra que em relação ao cordão umbilical o costume milenar era laquear o cordão umbilical apenas quando cessavam as

pulsações, porém em um momento determinado da nossa história, sem existir registo do que motivou a mudança, começou-se a promover a prática da laqueação precoce do cordão.

Para este autor, provavelmente foi no auge da medicina científica na segunda metade do século XXVIII, onde tendo em consideração a elevada mortalidade materna no parto e puerpério e elevadíssima mortalidade infantil naqueles tempos, era provável que alguns médicos tivessem suposto que a laqueação precoce do cordão poderia significar algum benéfico, particularmente na diminuição da mortalidade de parturientes e puérperas.

Atualmente, a OMS (2012) refere que atrasar a laqueação do cordão umbilical entre 1 e 3 minutos, permite o tempo suficiente para transfusão placentária aportar até 30 % do volume sanguíneo ao recém-nascido e até 60 % mais de eritrócitos os quais aumentam as reservas de ferro aproximadamente em 50 mg/kg, após hemólise dos eritrócitos em excesso.

Na procura da evidência científica, Mc Donald, Middleton, Dowswell & Morris (2013) em uma revisão de 15 estudos aleatórios que incluíram 3911 parturientes, não conseguiram demonstrar qualquer diferenças significativas nas taxas de hemorragia pós parto quando se compararam a laqueação precoce do cordão umbilical com a laqueação tardia (incluindo a laqueação entre um minuto e três minutos). Porém, houve vantagens potencialmente importantes na laqueação tardia do cordão umbilical entre os recém-nascidos de termo saudáveis:

- O peso médio dos recém-nascidos foi significativamente maior entre os recém-nascidos com laqueação tardia do cordão umbilical
- A concentração de hemoglobina foi significativamente inferior em recém-nascidos com laqueação precoce nas primeiras 24 e 48 horas de vida, não encontrando diferenças significativas de hemoglobina a partir dos dois dias de vida; porém, as diferenças de reserva de ferro pareceu persistir, sendo duas vezes mais provável que recém-nascidos do grupo de laqueação precoce do cordão umbilical apresentassem carência de ferro aos três e seis meses em comparação com recém-

nascidos do grupo de laqueação tardia.

Assim estes autores concluíram no seu estudo que parece estar justificado uma atitude mais expectante com a laqueação do cordão umbilical. Parece pois a laqueação tardia do cordão aumentar as concentrações precoces de hemoglobina e as reservas de ferro do recém-nascido. A laqueação tardia parece ter benefícios sempre que esteja disponível o tratamento de fototerapia para dar resposta a possível icterícia.

Um outro estudo realizado por Rabe, Diaz-Rossello, Duley & Dowswell (2012) que incluiu 15 estudos de recém-nascidos pré- termo entre as 24 as 36 semanas de gestação evidenciou que as vantagens da laqueação tardia nos recém-nascido pré-termo consistiam em:

- Aumento das reservas de ferro no momento do nascimento e menor anemia infantil.
- Redução na taxa 59% de hemorragia intraventricular.
- Redução de 62% na taxa de enterocolite.
- Redução de 29% na taxa sepse neonatal.
- Redução de 52% na taxa de transfusões de sangue.

Porém, atualmente e pese as evidencias científicas existentes, verifica-se pouca homogeneidade nas orientações clínicas existentes:

A OMS (2012), recomenda a laqueação tardia do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) para todos os nascimentos, de parto vaginal ou cesariana, e iniciando simultaneamente os cuidados imediatos ao recém-nascido. Este organismo reconhece que a laqueação precoce do cordão umbilical (< 1 minuto após o nascimento) somente deve ser realizado quando o recém-nascido necessitar de reanimação com ventilação de pressão positiva. Assim, recomenda também a laqueação tardia em mães seropositivas por não existir evidência que aumente o risco da transmissão vertical.

Para o Royal College of Obstetricians (2015), recomenda seguir as orientações

da OMS (2012), reconhecendo que a estabilização do recém-nascido sobre o abdómen materno com o cordão intacto, é uma prática com benefícios clínicos reconhecidos assim como um procedimento valorizado pelos pais. Também desaconselham a “ordenha” do cordão umbilical por prejudicar o fluxo das artérias umbilicais, sendo desconhecidos outros efeitos prejudiciais que poderão advir da estimulação do endotélio vascular.

A NICE (2014) recomenda não laquear o cordão umbilical antes do primeiro minuto após o nascimento, exceto quando exista evidência de bradicardia neonatal com batimento cardíaco inferior a 60 bpm. Porém aconselha a laqueação do cordão antes dos 5 minutos, a fim de realizar tração controlada e gestão activa da dequitação.

No Royal College of Midwives (2014), sugerem o seguimento das orientações NICE (2014), alertando a necessidade de respeitar e apoiar a decisão da mulher na escolha do tipo gestão do cordão umbilical

O American Congress of Obstetricians and Gynecologists (2012), reconhece que o atraso da laqueação tardia do cordão até 60 segundos poderá aumentar as reservas de ferro e volume sanguíneo sendo particularmente benéfico em populações em que a deficiência de ferro é prevalente. Assim como refere que a evidência suporta a promoção da laqueação tardia em recém-nascidos pré-termo principalmente na redução da taxa de hemorragia interventricular. Porém aconselha que os benefícios da laqueação tardia devem ser ponderados contra o aumento de risco de icterícia neonatal.

Não foram encontradas quaisquer orientações clínicas da DGS ou da OE, não obstante no documento/projeto “pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada, o conjunto de peritos recomenda a nível da prática clínica” possuir e aplicar sistematicamente conhecimentos e métodos que otimizem o desenvolvimento fisiológico da gravidez, trabalho de parto, nascimento, amamentação e pós-parto.

Na mesma linha, APEO (2009) atendendo ao documento consenso da FAME (2006), manifesta que embora não exista uma evidência clara sobre a melhor atitude, parece que a laqueação tardia é o procedimento mais fisiológico. Assim



será responsabilidade do EEESMO reconhecer que a laqueação precoce trata-se de um procedimento que interfere com este processo fisiológico e como tal precisa de uma justificação.

### 3.1.2. Adaptação neonatal á vida extra-uterina.

O EEESMO na gestão do cordão umbilical deve atender ao processo fisiológico que envolve a transição e adaptação neonatal á vida extrauterina, como base para fundamentar a justificação da sua tomada de decisão.

O desenvolvimento da circulação pulmonar ocorre em paralelo com o das vias aéreas, seguindo o desenvolvimento da árvore brônquica e formando, ao término, um leito capilar ao redor de cada alvéolo. Moreira, Lopes & Carvalho (2004).

O **ambiente** intrauterino constitui um ambiente protetor para o feto, onde a temperatura é bem controlada e onde a respiração contínua é mantida. Os autores klaus & Fanaroff (2014) descrevem que no período fetal, o canal arterial e forâmen oval permitem que o fluxo sanguíneo contorne os pulmões recebendo apenas 8% do débito cardíaco total.

A vasodilatação arterial pulmonar observada na sequência do parto resulta em parte, da alteração da pressão dos gases, de alterações bioquímicas como o aumento das prostaglandinas assim como do efeito mecânico da inflação do pulmão Klaus et al. (2014).

Mercer et al. (2005), apoiada nos estudos de Jaykka (1957) defende a ereção capilar como um processo fundamental na adaptação cardiopulmonar neonatal, através da formação de um exosqueleto hidrostático capilar alveolar, onde os capitares que envolvem os alvéolos enchem-se de sangue formando uma estrutura firme que permite a abertura dos alvéolos e impede o colapso na expiração. Desta forma, o EEESMO para garantir que exista uma adequada ventilação pulmonar na transição a vida extra-uterina, devera promover um fluxo de sangue pulmonar adequado.

### 3.1.3.A circular do cordão umbilical.

Para Mercer et al. (2005) o ambiente uterino comporta-se como um ambiente fechado onde a pressão submetida sobre o sistema é distribuída uniformemente, não existindo grandes alterações no cordão umbilical pela pressão das contrações “free floating”. Esta regra não poderá ser aplicada as porções de cordão umbilical que formam uma circular cervical, por que não conseguindo flutuar livremente poderão ver seu fluxo comprometido pelas pressões aplicadas directamente, sendo particularmente este compromisso grave quando o tempo de recuperação entre as contrações é curto.

Atendendo a que a vulnerabilidade da veia umbilical é muito maior ante as compressões mecânicas que as artérias umbilicais, sempre que o cordão não seja laqueado antes ou imediatamente apos o nascimento, permitirá ao recém-nascido a restituição da circulação feto-placentária.

Arango & Londoño (2004) referem que após o parto a veia umbilical mantém-se tensa durante as contrações o que indica que existe perfusão de sangue fetal da placenta para o recém-nascido, permitindo dois factos: manter a respiração placentária e aumentar o volume sanguíneo.

Por outro lado, Jefford, Fahy & Sundin (2009) reconhecem que a gestão da circular do cordão umbilical tem vindo a ser reflexo do treino e aprendizagem do profissional que gere a situação, estando em falta uma gestão com base a evidência científica.

Surgiu assim o meu interesse em desenvolver ao longo do Estágio com Relatório o seguinte objetivo: **Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstetrícia, no âmbito da gestão da circular do cordão umbilical, que otimizem o bem-estar da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação á vida extra-uterina.**

### 3.2. Metodologia.

De maneira a atingir este objetivo propôs inicialmente um conjunto de atividades as quais foram desenvolvidas ao longo do Estágio com Relatório.

#### 3.2.1. Revisão Sistemática da Literatura.

De modo a obter a evidência necessária que sustenta-se minhas decisões na prática clínica, realizei uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) que desenvolvi entre maio de 2014 e abril de 2015. Para sua execução comecei por formular minha questão de partida em forma PICO.

Questão: Quais as intervenções que os EEESMO podem desenvolver na presença de uma circular cervical do cordão umbilical, que promovem uma adaptação saudável a vida extrauterina?

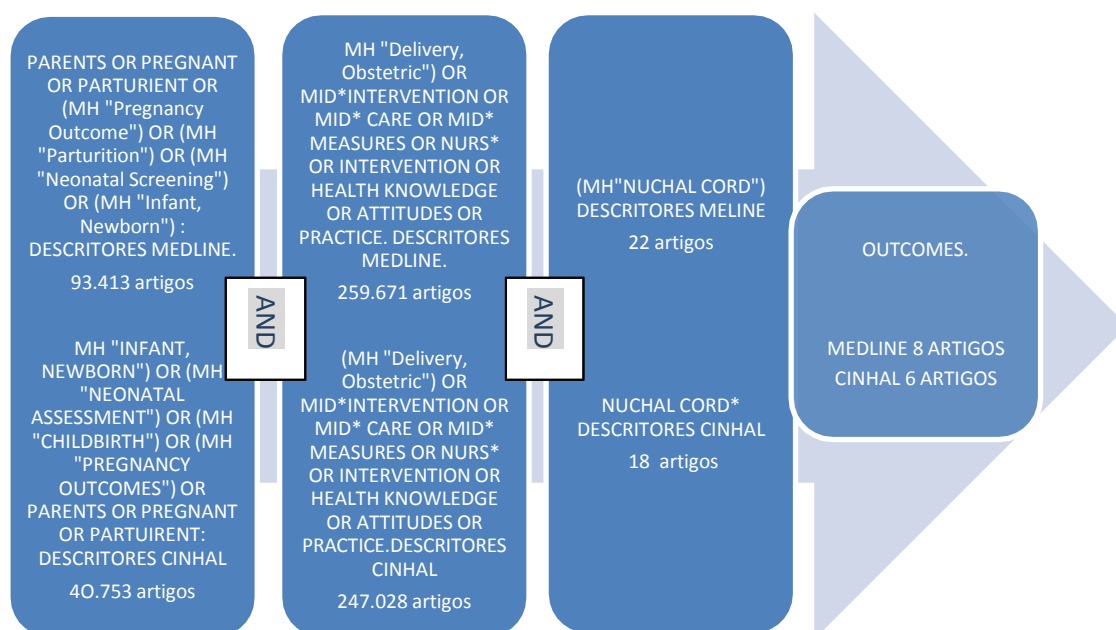
- P- Parturiente/ Feto em período expulsivo com circular cervical do cordão umbilical.
- I- Intervenções do EEESMO.
- O- Adaptação saudável a vida extrauterina.

A pesquisa decorreu na plataforma de dados da EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text

**Tabela 1.** Critério de seleção para a RSL.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão.
Artigos em língua portuguesa, espanhola e inglesa. Artigos publicados entre maio 2005 e abril 2015. Fulltext. Revisto por pares (peer reviewed).	Artigos não gratuitos. Artigos repetidos em duas bases de dados. Artigos que não se enquadrem no tema pretendido.

**Diagrama 1.** Fluxograma de pesquisa desenvolvido na RSL.



Nos artigos encontrados nas bases de dados (CINAHL e MEDLINE) obtive inicialmente um total de 14 registros que após análise e aplicar os critérios de exclusão resultaram em 11 artigos.

Os achados mais importantes da revisão sistemática da literatura estão documentados em **Apêndice I**, assim como sintetizados na apresentação seguinte.

Atendendo aos estudos analisados podemos considerar que as circulares cervicais do cordão umbilical são um achado frequente que está presente em aproximadamente 25% dos partos, Mercer & Erickson-Owem (2007). Estas parecem apresentar-se com maior incidência em gravidezes com idade gestacional mais avançada (Henry, Andres & Cristensen, 2013, Gosh & Gudmundsson ,2008 Narang et al, 2014, Cohain, 2010.), assim como a cordões umbilicais mais longos Narang et al. (2014), fetos sexo masculino, primigestas, gestações únicas e distocia de ombros. Henry et al. (2013).

Narang et al. (2014), no seu estudo, identificaram alguma relação estatística entre a presença de circular cervical do cordão umbilical e CTG não tranquilizador, presença de mecônio, Índice de Apgar inferior ou igual a 7 ao 5

minuto, ligeiro aumento na necessidade de cuidados neonatais intensivos, alteração do PH, bicarbonato e lactato sem refletir acidose grave e prolongamento do estágio de trabalho de parto. Porém consideraram os achados como pouco significativas concluindo que perante a circular do cordão umbilical a maioria dos fetos são capazes de compensar a redução do fluxo de sangue durante a compressão do cordão, nascendo sem intercorrências.

Outros autores identificaram apenas o Índice de Apgar diminuído no primeiro minuto sendo que a maioria dos recém-nascidos compensaram a redução do fluxo de sangue aos 5 minutos (Cohain, 2010, Henry et al., 2013) assim como não identificaram qualquer aumento na necessidade de cuidados neonatais. (Cohain, 2010, Gosh & Gudmundsson, 2008)

Atendendo aos resultados neonatais obtidos, a realização de ecografia pré-natal para o diagnóstico precoce da circular cervical do cordão umbilical não evidencia qualquer vantagens para o trabalho de parto assim como todos os estudos analisados recomendam o parto eutócico mesmo na evidência de circular do cordão umbilical

Alguns dos estudos documentaram que a evidência sobre a gestão adequada da circular cervical do cordão umbilical é muito escassa, assim como existe uma prática variada em relação a mesma. (Jefford, Fahy & Sundin, 2009, Melvim & Downe, 2007, Reed, Barnes & Allan, 2009, Mercer et al., 2005)

Jefford et al (2009) no seu estudo conclui que a rotina de pesquisar a presença de circular cervical do cordão umbilical não tem base a evidencia e poderá ocasionar efeitos físicos e psicológicos negativos para algumas das mulheres e recém-nascidos.

Entre os resultados que obtive através das entrevistas refere que as parteiras de EUA e Reino Unido, respondiam que eram ensinados academicamente a analisar a presença de circular cervical do cordão. Porém as parteiras de Dinamarca e Noruega referiam não ter lido, observado e/ou praticado a rotina de pesquisa da presença de circular do cordão umbilical. Também identifica um entrevistado que referiu ter mudado sua pratica desde que começou a

acompanhar os partos aquáticos, promovendo um parto humano e fisiológico sem recurso a verificação da presença da circular cervical do cordão umbilical.

Jackson, Melvin & Downe (2007), no seu estudo, reconhecem que existe uma prática muito variada em relação a gestão de uma circular do cordão umbilical assim como uma justificação pouco consistente que sustentem sua promoção.

Entre os resultados obtidos estes autores identificaram que:

- A prática da laqueação e corte da circular cervical apertada do cordão umbilical variou entre 33,5 % para 80,4 % nas diferentes maternidades.
- A facilitação de passar o cordão sobre a cabeça em circulares largas variou entre 66,7 % a 100 % nas diferentes maternidades.
- Não fazer nada em caso de circulares largas variou entre 2,8 % a 33,3% por maternidade estudada.

A partir destes dados, e a partir das respostas qualitativas, o autor elabora a seguinte hipótese: Um maior tempo de experiencia profissional assim como as práticas autónomas por falta de apoio especializado centralizado, determina uma atitude menos interventiva na presença da circular do cordão umbilical.

Jackson et al, (2007) concluem seu estudo identificando a necessidade de um estudo aprofundado sobre a melhor gestão da circular cervical do cordão umbilical de maneira maximizar o bem-estar para as mães e recém-nascidos assim como minimizar os danos.

Reed , Barnes & Allan (2009) reconhecem que existem riscos atribuídos á laqueação e corte do cordão umbilical antes da expulsão do corpo na presença de circular do cordão umbilical assim como pesquisa insuficiente que possa justificar esta intervenção. Estas autoras, recomendam que os cursos de preparação para o parto/ parentalidade devem de abordar informações fiáveis sobre a circular cervical do cordão umbilical, permitindo espaço para os pais expor seus medos adquirindo resposta com base na evidência.

Mercer, Skovgaard, Eaves & Bowman (2005) evidenciam que a laqueação precoce do cordão antes da expulsão completa do recém- nascido ou imediatamente após o nascimento aumenta o risco de hipovolémia, anemia, choque hipovolémico, e raramente, paralisia cerebral se a expulsão do corpo é

atrasada por apresentar distocia de ombros apos a laqueação precoce do cordão.

Hutson (2013) recomenda passar o cordão quando se encontra solto, por cima da cabeça fetal e evitar a laqueação precoce do cordão como primeira opção. No caso de circulares muito apertadas ou com várias voltas a manobra Somersault deverá ser a abordagem a adotar.

Mercer et al. (2005) defendem que se a circular do cordão umbilical é larga poderá facilmente ser deslizado sobre a cabeça do recém-nascido, se não conseguir passar a circular por cima da cabeça por estar apertada pode tentar passar por cima dos ombros realizando a extração do recém-nascido através do cordão. Finalmente se a circular do cordão esta muito apertada que não consegue deslizar pelos ombros poderá utilizar a manobra de Somersaut.

Reed, et al. (2009) critica a manobra de “looping”. Estes autores referem que existe escassez de pesquisa sobre esta técnica e algumas evidências sobre o prejudicial da mesma, como é o facto do que o alongamento e manuseamento do cordão estimular as artérias umbilicais ocasionado vasoconstrição e reduzindo o fluxo de sangue. Por outro lado, defendem o interesse fisiológico da manobra de Somersault.

Estas orientações vão ao encontro com as diretrizes propostas pela OMS (2014) em relação ao procedimento de laqueação precoce vs. tardio do cordão umbilical, onde é recomendado o atraso da laqueação do cordão pelo menos até um minuto após a expulsão do recém-nascido como garantia dos melhores resultados neonatais.

Também a OMS (1996) reconhece que a laqueação precoce trata-se de um procedimento que interfere com este processo fisiológico e como tal precisa de uma justificação.

Assim podemos concluir que perante uma circular cervical do cordão umbilical, o EEESMO visando uma prestação cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis no trabalho de parto, deve estar desperto para o impacto da gestão da circular cervical, de maneira a garantir uma gestão

adequada dessa situação, assim como a implementação de intervenções efetivas.

Embora existam algumas lacunas nas evidências sobre a gestão da circular cervical a longo prazo, existem riscos demonstrados e atribuídos á laqueação e corte precoce do cordão umbilical salvo em situações muito específicas e devidamente justificadas.

Atendendo aos estudos analisados, o EEESMO precisa de examinar a fisiologia da transição neonatal para a construção lógica da sua prática, promovendo um nascimento suave e fisiológico e um atendimento do recém-nascido centrado na família.

### 3.2.2. Ação de formação aos EEESMO do Bloco de Partos.

Atendendo aos resultados da RSL, e por ser a evidência indispensável ao processo de tomada de decisão em Enfermagem programei uma ação de formação no BP com os seguintes objetivos:

- Identificar quais as intervenções que os EEESMO podem desenvolver na presença de uma circular cervical do cordão umbilical, para a promoção de uma adaptação saudável à vida extrauterina.
- Partilhar evidência científica actual em relação as intervenções do EEESMO perante uma circular cervical do cordão umbilical.
- Promover um momento de reflexão entre os EEESMO sobre as práticas efetuadas atendendo a evidência científica.

Como estratégia de promover maior interesse pela formação e assiduidade dos formandos, envolvi nesta atividade duas EEESMO do BP, as quais tinham elaborado um trabalho sobre a Condução Clínica da Circular Cervical para um congresso recente da APEO, e ainda não tinham apresentado as evidências a equipa. A sessão de formação decorreu no dia 18/06/2015 com 2 horas de duração, constando de 3 módulos (I. Clampeamento do cordão umbilical. II. Intervenções do EEESMO perante a circular cervical do cordão umbilical. III Pratica clinica na condução da circular cervical durante o parto) Apresento os planos de formação e diapositivos inerente á minha participação (módulos I e II) em **Apêndice II**.



A formação teve a presença de 19 formandos, os quais mostraram-se muito recetivos em relação a evidência apresentada. Apresento a avaliação da formação no **Apêndice III**.

Nas conclusões que emergiram no final da ação da formação, foi reforçada a necessidade de realizar registos que contivessem o tipo de gestão utilizada pelo EEESMO perante a presença da circular cervical, assim como o tempo em que foi laqueado o cordão umbilical, permitindo o desenvolvimento de novos estudos de investigação.

No final da formação a Enfermeira Chefe ficou recetiva para a elaboração de um procedimento/norma em relação a gestão do cordão umbilical, com o intuito de normalizar os procedimentos, atendendo a evidência disponível, sendo convidado pelas EEESMO e pela Enfermeira Chefe para participar nesse projeto.

### 3.2.3. Entrevistas informais a peritos e realização de Notas de Campo.

Como estratégia para adquirir competências na gestão da circular cervical planei inicialmente entrevistar informalmente alguns peritos EEESMO do serviço.

No decurso do Estágio com Relatório, verifiquei que a gestão da circular cervical no seio na própria equipa não era homogénea surgindo a necessidade de perceber qual era a fundamentação do EEESMO para as diferentes práticas.

Ao longo do Estágio com Relatório realizei 9 entrevistas informais a EEESMO, recolhendo as informações através de Notas de Campo.

O tempo de experiência dos EEESMO variava desde os 2 anos até os 23 anos. Todos EEESMO entrevistados apoiavam a promoção da laqueação tardia do cordão umbilical, evidenciando algumas lacunas quando questionados sobre as vantagens desta gestão. Assim achei pertinente incluir na ação de formação como no enquadramento teórico deste Relatório de Estágio as evidências em relação a laqueação do cordão para uma melhor compreensão e fundamentação da gestão da circular cervical do cordão umbilical.

Em relação a gestão clínica da circular cervical do cordão umbilical, perante uma circular larga todos reconheceram que tentariam passar a circular sobre a cabeça do recém-nascido, sendo discordantes em relação a gestão das circulares apertadas. Cinco dos elementos optariam por laquear e cortar a circular, referindo tratar-se de uma prática fundamentada na aprendizagem inicial do CEESMO, e os quatro dos elementos restantes procederiam utilizando a manobra de Somersault como primeira escolha, fundamentado sua pratica na revisão da literatura e na observação da técnica a outras colegas na equipa.

Motivado pelos resultados de Jackson et al (2007) onde alguns dos profissionais referiam ter mudado de gestão após acompanhar os TP em agua, questionei aos EEESMO em relação a gestão da circular em partos aquáticos. Sete dos entrevistados tinham experiência em acompanhar trabalho de parto na agua, referindo seis deles efetuarem pesquisa da presença de circular cervical e um referia que não efetuava perante a impossibilidade de agir, preconizando uma atitude o menor interventiva possível.

Quando questionei sobre qual seria a atitude a seguir perante a presença de uma circular cervical apertada no parto aquático, um dos EEESMO referiu não ter tido presente nos TP que acompanhou, mas que sua tendência seria a de laquear e cortar; outro dos EEESMO argumentou que tentaria retirar a parturiente da água para proceder a laqueação e corte do cordão enquanto o resto optariam por uma atitude expectante. Estes resultados vão ao encontro das afirmações de Jefford et al. (2007) que concluíram no seu estudo que a pesquisa da circular cervical é uma prática baseada no medo que pode levar a laquear prematuramente o cordão umbilical.

Segundo Reed et al. (2009) culturalmente a circular cervical do cordão umbilical é associado a uma preocupação desproporcional por parte dos pais. Nos ensinos clínicos de vigilância pré-natal (ECIII, ECIV) verifiquei um sentimento de temor e medo quando os pais eram confrontados com a circular cervical do umbilical, surgindo por vezes relatos de partos anteriores onde "...a maior valia foi a mão perita do profissional que salvo ao recém-nascido de um nefasto final" sic. Nas entrevistas realizadas alguns EEESMO

reconheceram que são poucos os pais despertados para as evidências da gestão do cordão umbilical e aqueles que de forma introvertida abordavam o tema reconheciam ter frequentado os cursos de preparação para a parentalidade. Emerge assim um dos contributos do EEESMO para uma transição e adaptação positiva da parentalidade, promovendo nos curso de preparação para a parentalidade o acesso a evidência adequada que permita aos pais ter uma palavra a dizer na tomada de decisão em relação a laqueação e corte do cordão umbilical.

#### 3.2.4. Observação participante na gestão da circular do cordão umbilical.

Dos 42 partos conduzidos sobre supervisão da minha orientadora, evidencie a presença de 13 recém-nascidos com circular cervical do cordão umbilical. Perante as circulares largas (6 circulares) promovi sua passagem sobre a cabeça dos recém-nascidos. Nas circulares apertadas (7 restantes) tive a possibilidade de em três ocasiões promover a manobra de Somersault, sendo nas outras situações o cordão laqueado foi cortado conforme indicação da minha orientadora, o que me permitiu a aquisição de competências nas diferentes práticas de gestão da circular cervical do cordão umbilical.

Acredito como formando nas afirmações de Mercer et al. (2005) reconhecendo que para a promoção de métodos seguros na gestão da circular cervical torna-se necessário que os preceptores educacionais e clínicos proporcionem aos alunos a oportunidade de praticar a manobra de Somersault em bonecos/modelos. Assim sendo a aprendizagem começa com a sensibilização e exposição dos benefícios de respeitar o processo fisiológico na gestão da circular do cordão umbilical. Uma das técnicas proposta pelos EEESMO na formação, com o intuito de ganhar perícia e confiança com a manobra de Somersault consistia em inicialmente começar a executar a técnica em circulares mais largas. Posso assim concluir que através da RSL, as entrevistas informais com enfermeiros peritos, os momentos de reflexão junto dos EEESMO do BP, a análise das situações particulares com a minha orientador e a observação e intervenção na prática clínica, permitiram-me uma gestão consciente e adequada da circular cervical do cordão umbilical, desenvolvendo as competências pretendidas neste último objetivo.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.**

A SEGO (2010) caracteriza o parto e ao processo de maternidade como experiências profundas e únicas e ao mesmo tempo como processos fisiológicos complexos. Assim devemos ser conscientes que o parto é um acontecimento transcendental na vida das mulheres e acreditar que o tipo de atenção prestada durante o TP e P terá repercussões físicas e emocionais.

Atendendo a fisiologia da transfusão placentária, assim como às evidências encontradas, manter a perfusão da veia e artérias umbilicais após o nascimento auxilia ao recém-nascido na sua transição, sendo esta ajuda particularmente significativa no recém-nascido pré-termo.

A deficiência de ferro nos primeiros meses de vida está associada a um atraso no desenvolvimento neurológico. Esta carência é mais evidente, em países onde predomina a malnutrição, porém a anemia e a carência de ferro continua a ser uma realidade em países desenvolvidos como é evidenciado pela RCOG (2015) no Reino Unido. É conhecido que “a prevalência de anemia ferropénica é maior durante os períodos de crescimento rápido: primeiro ano de vida e puberdade” (Palare et al. 2004 p.243). Por outro lado, Cardoso (2015) estima que em Portugal a prevalência de anemia ferropénica no ano 2013 era de 10,9%, o que torna sua prevenção uma questão de saúde pública assim como uma necessidade.

Na gestão da circular cervical deverá ser considerada sempre que possível a manobra de Somersault pelo seu carácter fisiológico. O registo do momento exato da laqueação do cordão permitirá ao EEESMO a pesquisa de novas evidências, relacionadas com a gestão clínica da circular do cordão umbilical, assim como é necessário munir destas evidências aos pais ao longo do período pré-natal, apoiando e acompanhando-os nas suas decisões, sendo esta informação particularmente necessária aos pais que optam por a colheita de células estaminais.

Como contributo para a prática clínica, espero colaborar com o serviço onde decorreu o Estágio com Relatório na elaboração do procedimento/norma sobre a gestão clínica da circular do cordão umbilical de maneira a garantir uma

prática com base a evidência disponível assim como promover registos adequados que permitam uma correta análise e identificação das praticas realizadas. Futuramente, pretendo partilhar com a comunidade científica, através da elaboração de um artigo, as evidências encontradas assim como os benefícios de respeitar o processo fisiológico na gestão da circular do cordão. Sendo este Relatório um trabalho desenvolvido em contexto académico espero sensibilizar os professores para a necessidade de treino em contexto académico da gestão da circular cervical do cordão, proporcionando aos alunos a oportunidade de praticar a manobra de Somersault assim como os munir de evidência que permitirá sustentar suas decisões na sua prática clínica.

Ao refletir no papel do EEESMO no seio da equipa multidisciplinar, acredito que entre as competências a desenvolver, deverá constar da capacidade de apresentar uma atitude antecipatória às necessidades dos cuidados, assim como de assessoria para os colegas na tomada de decisão em situações complexas, garantindo de um ambiente seguro e de qualidade para os utentes. Também será preciso a capacidade de liderança e coordenação da equipa, permitindo uma gestão conjunta dos diferentes serviços que englobam a área de Ginecologia e Obstetrícia do (Puerpério, Exames Especiais, Internamento de Patologia, SUOG e BP) de maneira a garantir o correto funcionamento das Unidades assim como o adequado circuito das utentes.

Sou consciente que no percurso de aprendizagem ao longo do CMEESMO, adquiri um conjunto de conhecimentos e de capacidades que me foram permitindo assumir gradualmente a prestação de cuidados a mulher nas áreas do planeamento familiar, pré-concepcional, pré-natal, parto, pós parto, climatério, ginecologia e comunidade. A mobilização destes conhecimentos e capacidades nos contextos de ação vivenciados ao longo do Estágio com Relatório assim como nos Ensinos Clínicos anteriores, implicou um conjunto de tomadas de decisão em situações novas e complexas, que sobre a supervisão e análise das EEESMO orientadoras, permitiram emergir um conjunto competências técnicas científicas e relacionais de maneira a garantir uma prática clínica adequada como futuro EEESMO no âmbito de Bloco de Partos e SUOG.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Abalos, E. (2009) *Efecto del momento que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a termino en los resultados maternos y neonatales*. Ginebra. Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS.

American Congress of Obstetricians and Gynaecologists (2012) Timing of Umbilical Cord Clamping After Birth. Committee Opinion No. 543. *American College of Obstetricians and Gynecologists*;120: 1522–1526.

Arango, F. Londoño, JC (2004). ¿Cuándo pinzar el cordón umbilical?. *Revista Colombiana de Obstetricia e Ginecologia* vol.55 n.2 abril/junio. 136-145.

Campos, D. et al. (2011) - *Medidas para reduzir as taxas das cesarianas na região Norte de Portugal*. Comissão para a redução de taxa de cesariana de ARS Norte. I.P. Ministério da Saúde.

Cardoso, V. (2015) Anemia por deficiência de ferro. A abordagem do Gastreterologista. *In apresentação do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Serviço de Gastreterologia* Acedido em 10/09/2015.Disponível:

<http://repositorio.hff.minsaude.pt/bitstream/10400.10/1443/1/Abordagem%20na%20anemia%20por%20defici%C3%Aancia%20de%20ferro.pdf>

Carvalho, F. Oriá, M. Pinheiro, A. Ximenes, L. (2009) Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos académicos de enfermagem. *Ata Paulista de Enfermagem*; 22(6): 767-772.

Carvalho F. (2005). *O significado do trabalho de parto e parto para os alunos de enfermagem da Universidade Federal do Ceará*. Dissertação doutorado em Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.

Cerdanas, JM. (2007). Tiempo de clampeo del cordón umbilical: un regreso a lo natural. *Archivo Argentino de Pediatría*; 105(4):289-290.

Coelho, S. Mendes, I. (2011). Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Revista Escola Anna Nery* out-dez; 15 (4):845- 850.

Coutinho, Emília (s.d). *A experiência de ser cuidada na sala de partos*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Viseu Acedido em 01/04/2015. Disponível: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/3.pdf>

Darwin E. (1801). *Zoonomia; or, The laws of organic life*. 3ª edition. London. J. Johnson,. Acedido em 07/09/2015. Disponível: <https://archive.org/details/zoonomiaorlawso02darwgoog>

Direção Geral da Saúde (2008) - *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa. Direção Geral da Saude.

Federación de Asociaciones de Matronas Españolas (2006). *Iniciativa Parto Normal. Documento Consenso*. Barcelona. Dirección General de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ghosh, GS. Gudmundsson, S. (2008). Nuchal cord in post-term pregnancy - relationship to suspected intrapartum fetal distress indicating operative intervention. *Journal Of Perinatal Medicine [J Perinat Med]*, ISSN: 0300-5577, 2008; Vol. 36 (2), pp. 142-4; Publisher: Walter De Gruyter; PMID: 18211253.

Gschliesser, A. Scheier, M. Colvin, HP. Barbieri, V. Bergant, A. (2010); Oxygen

utilization in newborns at delivery. ; *Journal of Perinatal Medicine*, 2010; 38 (2): 203-7. (Journal article - research, tables/charts) ISSN: 0300-5577 PMID: 20121544.

Graça, LC. (2010). *Contributo da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: Um estudo quási- experimental*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa

Graça, M (2010). *Medicina Materno-fetal 4ª Edição*. Lisboa. Lidel, edições técnicas.

Haddad D. (2010). *Silêncio: assistência de enfermagem a mulher que perdeu bebé*. Curso de Pós graduação em Enfermagem Obstétrica. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Henry, E. Andres, RL. Christensen, RD. (2013). Neonatal outcomes following a tight nuchal cord. *Journal Of Perinatology: Official Journal Of The California Perinatal Association [J Perinatol]*, ISSN: 1476-5543, 2013 Mar; Vol. 33 (3), pp. 231-4; Publisher: Nature Publishing Group; PMID: 22699359

Hutchon D. (2013). Management of the Nuchal Cord at Birth. *Journal of midwifery and reproductive Health*. 1 (1) 4-6.

International Confederation of Midwives (2011) - *The global competencies and standards for the midwifery profession*. Guidelines International Confederation of Midwives Acedido 01/09/2015. Disponível: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org)



Jackson H. Melvin C. Downe S. (2007). Midwives and the fetal nuchal cord: a survey of practices and perceptions. *Journal Of Midwifery & Women's Health [J Midwifery Womens Health]*. ISSN: 1542-2011, 2007 Jan-Feb; Vol. 52 (1), 55; Publisher: Wiley; PMID: 17207751.

Jefford, E., Fahy, K. Sundin, D. (2009). Routine vaginal examination to check for a nuchal cord. *British Journal of Midwifery*. 4. 246-249. ISSN: 0969-4900.

Lowdermilk, D. Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade- 7<sup>a</sup> Edição*. Loures. Lusodidacta.

Hodnett, ED. Gates,S. Hofmeyr, GJ. Sakala, C. Weston, J. (2011) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematyc Review*. Fevereiro 16. (2) CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.

Klaus, MH Fanaroff, A. (2015) - *Alto risco em neonatologia*, 6ª Edição. Rio de Janeiro.. El Servier Editora.

Matallana, C. (2006). *Repercusiones clínicas y fisiológicas del tiempo de ligadura del cordón umbilical en recién nacido a término*. Universidad de Granada. Tese de doutoramento. Granada.

Mc Donald, S. Middleton, P. Dowswell, T. Morris.T. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes Cochrane Database of systematic Reviews 2013 issue 7, art. Nº CD004074. DOI: 10.1002/14651858. CD004074.

Melvin, C. Downe, S. (2007) Management of the nuchal cord: a summary of the

evidence. ; *British Journal of Midwifery*, Oct; 15 (10): 617-620.

Mercer, J. Skovgaard, RL. Peareara-Eaves, J. Bowman, TA. (2005) Nuchal Cord Management and Nurse- Midwifery Practice. *Journal Midwifery Womens Health*. 50. 373-379.. ISSN: 1526-9523 PMID: 16154063.

Mercer, J. Erickson-Owens, A. Graves, B. Haley, MM. (2007). Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. Guidelines for health services practices. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:262–272.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.

Moreira, ME. Lopes, JM. Carvalho, M (2004). *Recém-nascido de alto risco teoria e prática do cuidar*. Criança Mulher e Saúde Coleção Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. ISBN 978-85-7541-237-4

Nacional Institute for Health and Care Excellence (2014). Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline 190. Methods, evidence and recommendation. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.

Narang Y. Vaid N. Suneja A. Guleria K Faridi M.M. Gupta B.( 2014), Is nuchal cord justified as a cause of obstetrician anxiety? *Arch. Gynecology Obstetrics* (2014) 289:795-801 DOI 10.1007/S00404-013-3072-9.

Ordem dos Enfermeiros (2010).*Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica*

*e Ginecológica*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo Direito ao Parto Normal - uma Visão Partilhada*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013a). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no Trabalho de Parto e Parto*. Projecto Maternidade com Qualidade. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Efetivar a ingesta ao longo do Trabalho de Parto, segundo a OMS*. Projeto Maternidade com Qualidade. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013C). *Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido*. Projeto Maternidade com Qualidade Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013d). *Episiotomia: realização seletiva ou rotineira*. Projeto Maternidade com Qualidade. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013e). *Realizar precocemente contacto pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora de pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno*. Projeto Maternidade com Qualidade. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia/ parteiras*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Orientação técnica 02/2015 Indução do trabalho de parto. Direção Geral da

Saúde.

Palare M. Ferrão A. Carreira M. Morais A. (2004) Deficit de ferro na criança. *Acta Pediátrica Portuguesa* nº3. Vol 35. 243-247

Parecer do Conselho de Enfermagem nº 117/2009. Utilização de cinta durante o puerpério. Conselho de Enfermagem 1-5.

Passos, A. Agostini, F. (2011) Neonatal conjunctivitis with emphasis on its prevention *Revista Brasileira de Oftalmologia*. Artigo de revisão; 70 (1): 57-67 Acedido em 10/09/2015. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v70n1/12.pdf>

Periquito, I. (2014). XVII Encontro Nacional da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras. Libro de resumos. Coimbra. Acedido em 10/09/2015. Disponível: [http://issuu.com/apeorevista/docs/ebookxvii\\_encontro\\_nacional\\_da\\_a](http://issuu.com/apeorevista/docs/ebookxvii_encontro_nacional_da_a)

Rabe, H. Diaz-Rossello, JL. Duley, L. Dowswell, T.(2012) Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;8:CD003248. DOI: 10.1002/14651858.CD003248.pub3

Reed R; Barnes M; Allan (2009) Nuchal cords: sharing the evidence with parents. ; *British Journal of Midwifery*, Feb; 17 (2): 106-9. ISSN: 0969-4900.

Rocha, A.M. Monteiro, C. Ferreira, M. Duarte, J. (2009). *Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente*. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. Instituto politécnico de Viseu. Acedido em 01/04/2015. Disponível:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/310/1/Cuidados%20no%20al%C3%A9vio%20da%20dor%20perspectiva%20da%20parturiente.pdf>.

Royal College of Midwives (2014). *RCM welcomes change in NICE guidance*.

Royal College of Midwives. Acedido em 10/09/2015. Disponível :  
<https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/rcm-welcomes-change-in-nice-guidance>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015). *Clamping of the Umbilical Cord and Placental Transfusion*. Scientific Impact Paper N. 14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Acedido em 10/09/2015. Disponível:

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/scientific-impact-papers/sip-14.pdf>.

Roy C, Andrews, HA.(2001). *Teoria da enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.

Regulamento n.º 127/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.ª série N.º 35 de 18 de fevereiro de 2011. 8662-8666.

Silva M. Soares PC, Ferreira Q. (2007). Posições maternas no Trabalho de Parto e Parto. *Revista FEMINA*. Fevereiro 2007.vol (35). 2. 101-105. Acedido 10/09/2015. Disponível:

<http://institutonascerc.com.br/wpcontent/uploads/2014/03/Femina352p101->

[61.pdf.](#)

Sociedad Española de Ginecología Obstetricia (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. País Vasco. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Sousa, A. Amorim M. (2008) Avaliação da vitalidade fetal intraparto, *Ata Médica Portuguesa*. 21(3):p.229-240.

World Health Organization (1996). *Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in Normal Birth: a practical guide*. 1996. Geneve. Acedido 25-04-2014. Disponível: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_msm\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/).

World Health Organization (2005a). *Educação para uma maternidade segura. Módulos de educação, Hemorragia pós parto*. 2ª Edição. Genebra. Biblioteca da OMS.

World Health Organization (2005b). *Orientações para o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis*. Genebra. . Biblioteca da OMS ISBN 92 4 854626 9

World Health Organization (2012). *Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Genebre. Biblioteca da OMS ISBN 978 92 4 154850 2.

## **APÊNDICES**

**Apêndice I. Análise dos estudos selecionados na Revisão  
Sistemática da Literatura.**



## ESTUDO Nº1.

Narang Y. Vaid N. Suneja A. Guleria K Faridi M.M. Gupta B. 2014, **Is nuchal cord justified as a cause of obstetrician anxiety?** Arch. Gynecology Obstetrics (2014) 289:795-801 DOI 10.1007/S00404-013-3072-9

### Participantes

150 parturientes de parto vaginal, recrutadas nos meses de fevereiro, março, agosto e setembro de 2011, num hospital de Nova Delhi entre 2000 partos efectuados.

Foram distribuídas em três grupos, com 50 parturientes em cada grupo:

- Grupo sem circular cervical do cordão umbilical.
- Grupo com 1 circular do cordão umbilical.
- Grupo com 2 ou mais circulares do cordão umbilical.

### Crítérios de exclusão:

- Complicações obstétricas como polihidrâmnios, oligohidâmnios, prematuridade, gestação gemelar, pré-eclampsia, placenta prévia, ruptura prematura de membranas e anomalias congénitas.
- Condições médicas susceptíveis de afectar a gravidez e o parto tais como hipertensão, diabetes doença renal ect..

### Objectivo do estudo

- Determinar o efeito do da circular cervical do cordão umbilical no equilíbrio acido-base no sangue do recém- nascido nos partos vaginais.

### Orientações metodológicas

Estudo Transversal

### Resultados

A circular do cordão foi mais frequente em multíparas que em primíparas ( $p=0,002$ ).

O comprimento do cordão encontrado foi significativamente mais longo no grupo com circular do cordão (sem circular 48,20cm +- 4,31 cm, com circular simples 53,32 cm +- 6,53 cm, com varias circulares 52,80 +- 8,20CM).

Entre os grupos com circular cervical (simples e varias circulares) e o grupo sem presença de circular do cordão umbilical foram registadas algumas

diferenças significativas em relação ao CTG não tranquilizador ( $p=0,006$ ), presença de mecónio ( $p=0,004$ ), Apgar aos 5 minutos igual ou inferior a 7 ( $P,0,022$ ) e prolongamento do 2º estágio, apresentando uma descida mais lenta ( $p/0,001$ ), não existindo diferenças entre o grupo de circular simples com o grupo de várias circulares.

A evolução para partos distócicos com ventosas e fórceps, assim como a ocorrência de hemorragia pós parto, foi semelhante entre os três grupos.

O pH médio obtido do cordão umbilical foi: Grupo ausência de circular (7,35), circular simples (7,28) e várias circulares (7,27), sem reflectir qualquer grupo uma situação de acidose grave.

O único grupo que encontrou resultados para correlação significativa em relação ao Ph e presença de lactato foi o grupo de várias circulares ( $r=0,555$ ,  $p/0,001$ ).

Não se evidenciou diferenças significativas no peso do recém-nascido entre os diferentes grupos.

#### Conclusão

- A circular do cordão umbilical é uma ocorrência na qual as maiorias dos fetos são capazes de compensar a redução do fluxo de sangue durante a compressão do cordão, nascendo sem intercorrências.
- Não é aconselhável a realização de ecografia pré-natal para diagnóstico da presença de circular do cordão, por não existir benefício com uma intervenção activa.
- O parto vaginal é um parto recomendado como rotina na presença de circular do cordão umbilical.

## ESTUDO Nº 2

Henry E; Andres RL; Christensen RD, 2013. [Neonatal outcomes following a tight nuchal cord.](#) Journal Of Perinatology: Official Journal Of The California Perinatal Association [J Perinatol], ISSN: 1476-5543, 2013 Mar; Vol. 33 (3), pp. 231-4; Publisher: Nature Publishing Group; PMID: 22699359

### Participantes

219 337 nascimentos no período entre 2005 e 2010 (6 anos) num centro hospitalar no Oeste dos Estados Unidos.

### Objectivo do estudo

-Contribuir na definição das melhores práticas de cuidados ao recém-nascido com circular de cordão apertada.

-Comparar os resultados do Parto entre recém nascido com circular de cordão apertada (incapacidade de reduzir a circular),versus recém nascido com circular de cordão solta ou sem circular cervical do cordão umbilical

### Orientações metodológicas

Comparação retrospectiva, Observacional.

Epidemiológico de cortes.

### Resultados

Foram verificadas algumas diferenças estadísticas entre os grupos. Porém as diferenças não são consideradas como revelantes para a significância clínica.

As diferenças são:

- A circular de cordão apertada esta preferentemente associada a partos com idade gestacional mais avançada, com discreta diminuição do peso do recém nascido, fetos do sexo masculino, primigestas, gestações únicas , distocia de ombros.
- Recém -nascidos a termo com circular apertada eram mais propensos a ser internados em uma unidade de intensivos neonatais quando comparados com recém nascidos com circular larga ou sem circular cervical( 6,6 % vs 5,9%)

- Recém- nascidos com circular de cordão apertada não eram mais propensos a receber uma transfusão sanguínea ou morrer.
- Recém- nascido que apresentaram muito baixo peso ao nascer com circular de cordão apertada apresentavam os mesmos escores de Apgar, e não foram mais propensos a hemorragia interventricular grave, retinopatia ou leucomalacia que os de baixo peso sem circular do cordão umbilical.

#### Conclusão

- A presença de uma circular cervical do cordão umbilical apertada é um evento frequente que aparece em 6,6% dos mais de 200 000 recém-nascidos consecutivos deste centro hospitalar estudado.
- Não houve diferenças clínicas significativas associadas a uma circular do cordão umbilical apertada quando comparado com circular larga ou ausência da mesma.
- Não existe justificção para adoptar medidas clínicas excepcionais nas práticas de atendimento neonatais perante a evidência de circular cervical apertada.

### ESTUDO Nº 3

Cohain Judy. 2010. Nuchal cord are necklaces, not nooses. Midwifery today. Spring 2010.pg 46-49.

#### Participantes

- Revisão da literatura com 182.492 de nascimentos.

#### Objectivo do estudo

-Determinar resultados perinatais associados a presença de circular do cordão umbilical

#### Orientações metodológicas

Revisão da literatura.

#### Resultados

-Peregrine E. Briem P. Jaumiaux E. (2005), realizaram a tentativa de diagnosticar a presença de circular do cordão umbilical em 289 parturientes com ultra-som transabdominal e doppler colorido momentos antes do parto. Apenas 18 das 52 circulares cervicais do cordão umbilical existentes foram diagnosticadas (35%).

Dos 237 recém-nascidos sem circular o doppler detectou 44, apresentando um total (19%) de falsos positivos.

-Em nenhum estudo foi possível detectar entre circular larga e apertada.

-Clapp em (2003) monitorizou 84 grávidas de baixo risco com 4 controlos ecográficos ao longo da gestação (8-10 semanas, 24-26 semanas, 30-32semanas e 36-38 semanas) evidenciando que a probabilidade de aparecer uma circular do cordão umbilical aumenta linearmente com a evolução da gravidez.

Larson, JD, WF Rayburn e VL Harlan. (1997) monitorizou 13.895 gestações evidenciando que a circular do cordão esteve presente em 6% as 20 semanas e em 29% as 42 semanas de gestação.

Mastrobattista, JM, et al.( 2005) examinaram 4.426 partos entre as 37 e 42 semanas, concluindo que 17,5 % do recém nascido apresentavam circular do cordão umbilical, não mostrando diferenças significativas nos resultados perinatais com os recém-nascidos sem circular nomeadamente em relação

com o peso do recém nascido, necessidade de parto distócico, apgar inferior ou igual a 7 aos 5 minutos e admissão em unidade de cuidados neonatais.

Schaffer, L., et al. (2005) examinaram 11.748 gestações de termo e pós termo determinando que 34% das gestações entre 37-41 semanas apresentavam circular do cordão umbilical e 35% após 42 semanas.

Os recém nascidos com circular do cordão apresentavam maior quantidade escores Apgar inferior a 7 no primeiro minuto. Porém não foram identificadas diferenças nos escores do Apgar aos 5 minutos ou de admissão nas unidades neonatais.

#### Conclusão

A circular do cordão umbilical esta associada a padrões não tranquilizadores da frequência cardíaca fetal, provavelmente responsáveis de taxas mais elevadas de menor escores de Apgar ao 1º minuto, mais não aos 5 minutos.

-O rastreio da circular cervical do cordão umbilical durante a gravidez não esta recomendada, atendendo que não é possível prever com confiança a presença de um cordão umbilical, afirmar se o cordão umbilical é apertado assim como predizer se qual a probabilidade de hipoxia, RCIU ou mortalidade neonatal associada a circular cervical.

## ESTUDO Nº4

Jefford E. Fahy K, Sundin D.2009. **The nuchal cord at birth : what do midwives think and do?** Midwifery Today spring 2009 pg(44-46)

Participantes.

26 Parteiras de 10 países em 2 fóruns online.

Revisão sistemática da literatura em Pubmed, Cinhal, Med-line, Cochrane Collaboration e Instituto Brigg Joanne.

Objectivo do estudo

Procurar ensaios clínicos controlados e randomizados realizados em relação a prática/orientação de verificar a presença de circular cervical do cordão umbilical durante o parto.

Determinar quais as práticas habituais em relação a rotina de verificação da presença da circular cervical do cordão umbilical.

Orientações metodológicas

Entrevista

Revisão Sistemática da Literatura

Resultados

Não existem ensaios clínicos controlados randomizados realizados (ECR) ou qualquer directriz de procedimento/orientações em relação da pesquisa da circular cervical no segundo estágio do trabalho de parto no Canada, Australia, Nova Zelanda, Noruega, Dinamarca, Irlanda, Reino Unido e algumas partes nos EUA.

Myles (2003). Se a circular o permitir devera ser passada sobre a cabeça ou através dos ombros, caso o “looping” seja difícil ou impossível deverá ser laqueado e cortado .

Flamm Iffy L. Varadi V (1994) Entendem que os efeitos negativos da laqueação precoce do cordão umbilical para o recém-nascido inclui o choque, hipotensão anemia e morte. Também estes autores apresentam 9 casos em que correlacionam directamente a paralisia cerebral com a laqueação precoce do cordão umbilical, por ter apresentado distocia de ombros a seguir a laqueação do mesmo.

Parteiras EUA e Reino Unido foram questionados respondiam que eram

ensinados academicamente a analisar a presença de circular cervical do cordão. Quando os académicos eram questionados sobre a evidencia respondiam que se baseavam em vídeos de nascimento americanos assim como em 2 livros de obstetrícia; Megis 1773 e 1842 e Varney 1997.

Parteiras de Dinamarca e Noruega referem não ter lido, observado e/ou praticado a rotina de pesquisa da presença de circular do cordão umbilical.

Um entrevistado referiu ter mudado sua pratica desde que começou nos partos na agua, promovendo um parto humano e fisiológico sem verificação do cordão umbilical, não obstante a mãe podê-lo-ia fazer.

### Conclusão

A prática de rotina de pesquisar a presença de circular cervical do cordão umbilical não tem base de evidencia e poderá ocasionar efeitos físicos e psicológicos negativos para algumas das mulheres e recém-nascidos.



## ESTUDO Nº5

Ghosh GS; Gudmundsson S . 2008. [Nuchal cord in post-term pregnancy - relationship to suspected intrapartum fetal distress indicating operative intervention.](#) :, Journal Of Perinatal Medicine [J Perinat Med], ISSN: 0300-5577, 2008; Vol. 36 (2), pp. 142-4; Publisher: Walter De Gruyter; PMID: 18211253

### Participantes

202 Grávidas com gravidez pós termo (mais de 42 semanas) admitidas para consulta pré-natal em uma policlínica de Malmo na Suécia.

### Objectivo do estudo

Avaliar o risco acrescido de uma circular cervical do cordão umbilical em gestações pós termo.

### Orientações metodológicas

Observacional prospectivo.

Epidemiológico corte.

### Resultados

Elevada incidência da presença de circular cervical do cordão umbilical em gravidez pós termo (69 fetos com circular; 133 sem circular).

Não foi encontrada diferença em relação com necessidade de indução (RCIU, oligohidrâmnios, ou por indicações fetais (CTG não tranquilizador) ou maternas (sinais de pré eclampsia) entre as gravidezes com circular cervical presente diagnosticada por doppler e as que não tinham presentes a circular do cordão.

### Conclusão

Identificar a presença de circular cervical do cordão umbilical por doppler durante a gravidez não apresenta vantagens para o Trabalho de Parto.

A gravidez pós termo apresenta elevada incidência de circular cervical do cordão umbilical, concordando com os estudos de Crawford (1964) e Larson (1995) que referem um aumento exponencial de incidência a partir das 39 semanas de gestação.

## ESTUDO Nº6

Jackson H; Melvin C; Downe S, 2007. [Midwives and the fetal nuchal cord: a survey of practices and perceptions.](#) , Journal Of Midwifery & Women's Health [J Midwifery Womens Health], ISSN: 1542-2011, 2007 Jan-Feb; Vol. 52 (1), pp. 49-55; Publisher: Wiley; PMID: 17207751

### Participantes

401 Parteiras de 7 maternidades diferentes em Inglaterra.

### Objectivo do estudo

Determinar quais as abordagens e a base da evidência utilizada para a gestão da circular do cordão cervical pelo EEESMO na região Nordeste de Inglaterra.

### Orientações metodológicas

Estudo qualitativo por entrevista com questões abertas, por envio postal

Revisão sistemática de estudos que avaliem os resultados neonatais atendendo ao tipo de gestão clínica da circular do cordão umbilical.

### Resultados.

O estudo de Mercer et al. (2005), consistiu em uma entrevista por envio postal a 303 parteiras do colégio Americano de Enfermeiras Obstétricas das quais responderam 157 parteiras.

- 40% utilizariam Somersault na maioria dos casos.
- 57% laqueariam as mais apertadas.
- 3% laqueariam todas.
- 11 dos entrevistados relataram que existiam directrizes locais para justificar sua prática, mais foram contraditos por outros elementos das mesmas unidades que afirmavam não existir directrizes ou protocolos nos seus serviços para orientar a gestão da circular do cordão umbilical.
- Na presença de circular solta 87,5% referem que aliviariam o cordão por cima da cabeça do recém-nascido e 9% que não fariam nada.

- Na circular apertada 57% referem que laqueariam o cordão dos quais 51,4% tentariam inicialmente aliviar a circular do cordão umbilical, 40 % realizaria a manobra de Somersault e 3,5% referem que não fariam nada.
- 3 dos entrevistados declaram espontaneamente que mudaram sua atitude ficando menos propensos a intervir nesta situação depois de observar os nascimentos de recém nascidos com circulares de cordão umbilical nos partos na agua.
- Havia semelhanças e diferenças na prática tanto entre profissionais da mesma instituição como os profissionais das outras instituições representadas neste estudo.
- A laqueação e corte da circular cervical apertada do cordão, entre 33,5 % para 80,4 % nas diferentes maternidades.
- A facilitação de passar o cordão sobre a cabeça em circulares largas variou entre 66,7 % a 100 % nas diferentes maternidades.
- Não fazer nada em caso de circulares largas variou entre 2,8 % a 33,3 % por maternidade estudada.
- Na maternidade, onde a maioria dos inquiridos responderam "não fazer nada " com uma circular larga do cordão umbilical, o número mínimo de anos de habilitação como enfermeira especialista era 5 anos.
- Na unidade onde a enfermeira especialista em obstetrícia teve a maior média de anos de experiência (16,7 anos), foi onde existiu mais participantes que responderam "não fazer nada ", com um cordão apertado (6,8%) do que em qualquer outra unidade.  
Propõem-se a seguinte hipótese: as parteiras quanto maior seja sua prática autónoma maior será a probabilidade de não intervir perante uma circular cervical do cordão umbilical.
- A maternidade em que nenhum dos entrevistados iria a laquear o cordão na presença de uma circular larga era um centro de partos que se encontrava a 8 milhas da unidade hospitalar de referência.

#### Conclusão

- Existe uma prática muito variada em relação a gestão de uma circular do cordão umbilical assim como uma justificação pouco consistente que

sustentem estas práticas.

- A partir destes dados, e a partir das respostas qualitativas, o autor elabora a seguinte hipótese: Um maior tempo de experiência profissional assim como as práticas autónomas por falta de apoio especializado centralizado, determina uma atitude menos interventiva na presença da circular do cordão umbilical.
- Torna-se necessário um estudo aprofundado sobre a melhor gestão da circular do cordão umbilical de maneira a maximizar o bem-estar para as mães e recém- nascidos assim como para minimizar os danos.

## ESTUDO Nº7.

Gschliesser A; Scheier M; Colvin HP; Barbieri V; Bergant A 2010; [Oxygen utilization in newborns at delivery.](#) ; Journal of Perinatal Medicine, 2010; 38 (2): 203-7. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0300-5577 PMID: 20121544.

### Participantes

491 partos, período de Janeiro a Abril de 2006, no Hospital Universitário de Innsbunck.

### Objectivo do estudo

- Esclarecer quais os factores fetais, maternos e obstétricos que levam a um maior consumo de oxigénio.
- Investigar se a diferença de PH arterial e venoso podem ser utilizados para determinar o grau de sofrimento fetal durante o parto.

### Orientações metodológicas

-Estudo retrospectivo. Epidemiológico, cortes

### Resultados

Um aumento de PH conduz a um aumento da afinidade da hemoglobina fetal pelo oxigénio.

O pH do sangue arterial determina a demanda de oxigénio do recém-nascido e o ph venoso determina a supressão de oxigénio maternal.

Com o aumento do estresse fetal aumenta a utilização e consumo de oxigénio e aumenta a diferença entre o PH arterial e venoso.

### Conclusão

A diferença entre o PH arterial e venoso do cordão é indicativo de maior estresse e sofrimento fetal. Os factores no parto que aumentam o stresse fetal, são os partos espontâneos comparados com as cesarianas, presença de circular do cordão cervical, elevada paridade, trabalho de parto muito curtos, recém-nascido de elevado peso.

## ESTUDO Nº8

Jefford E; Fahy K; Sundin D 2009. [Routine vaginal examination to check for a nuchal cord.](#) ; British Journal of Midwifery, 2009 Apr; 17 (4): 246-9. (journal article) ISSN: 0969-4900

### Participantes

Base de dados Pubmed, CINHALL, Medline, Cochrane e Joanne Briggs.

### Objectivo do estudo

Procurar ensaios randomizados sobre a eficácia de verificação da presença de circular cervical do cordão umbilical em comparação com a espera do decurso dos acontecimentos.

Revisão bibliográfica histórica a procura das recomendações sobre a pesquisa da circular cervical do cordão umbilical e sua gestão.

### Orientações metodológicas

- RSL.
- Revisão bibliográfica.

### Resultados.

Não foram encontrados estudos randomizados que verifiquem a vantagem da pesquisa da circular do cordão cervical na segunda fase do Trabalho de Parto.

Na revisão histórica bibliográfica a ressaltar alguns achados:

- ✓ Salmon(1700)- Primeira referência a circular cervical do cordão umbilical na reprodução não autenticada das obras de Aristóteles.
- ✓ Smellie (1785)- Inclui instruções de cortar o cordão umbilical colocando apenas uma pinça de laqueação que ficara do polo fetal apos o corte do cordão. O fluxo de sangue livre da placenta para o campo cirúrgico ou um reservatório, ajudaria na dequitação.
- ✓ Meigs (1842), sugere que a circular cervical do cordão umbilical se

encontra tão ligada intimamente ao recém nascido que acaba por o estrangular. E dispõem que sua gestão deve ser feita seguindo este processo:

- Libertar a circular cervical passando o cordão sobre a cabeça.
  - Escorregar sobre os ombros
  - Se impossível, o cordão deve ser deixado para ver se o bebe consegue ser expulso.
  - Se a expulsão fosse impedida, cortar o cordão
- ✓ Barnes (1886), mostra nos seus escritos um sentimento explicito da circular cervical do cordão umbilical, estando em conformidade com outros autores do tempo (Gablin (1893), Spiegleberg (1887)).Porem nem todos os textos em este tempo recomendam a laqueação do cordão Haultain e Feguson (1898)no manual de enfermagem obstétrica, recomenda o toque vaginal para sentir a presença de circular do cordão mais não para o cortar.
- Corkill (1932) escreveu o livro “Lectures on Midwifery and Infant Care: A New Zealand Course” onde preconiza que a parteira verifique a presença da circular cervical do cordão umbilical, e se assim for para o laquear. Este texto tem vindo a surgir em anos subsequentes como justificação para a prática e retirado em outros textos escritos entre 1957 e 1969.
  - Myles (1953) que apresentou 14 edições do seu manual de obstetrícia, afirma que estas circulares cervicais do cordão raramente causam complicações e que o profissional menos experiente, que tende a ser mais ansioso, pode este inclinado ao corte do cordão prematuramente quando não é necessário.

## Conclusão

A pesquisa de circular cervical do cordão umbilical tornou-se uma prática rotinizada em muitas maternidades.

Não existe evidência científica para esta prática.

A análise de vários documentos históricos mostrou que a prática de verificação da circular cervical do cordão umbilical é derivada da publicação de alguns

médicos, cujas palavras ficaram santificadas ao longo dos tempos.

Realizar um exame vaginal na segunda fase do trabalho de parto é um procedimento invasivo e uma intervenção dolorosa.

As Parteiras que continuam a verificar por rotina a presença de circular cervical, estão a violar os direitos das mulheres e a contrariar a filosofia de obstetrícia onde se preconiza o cuidado de parceria centrado na mulher e com base no respeito e confiança.

A verificação da presença de uma circular cervical é uma prática baseada no medo que pode levar a laquear o cordão prematuramente e apresentar consequências gravemente negativas para o Recém-nascido.



## ESTUDO Nº9

Reed R; Barnes M; Allan 2009 [Nuchal cords: sharing the evidence with parents.](#) ; British Journal of Midwifery, 2009 Feb; 17 (2): 106-9. (journal article) ISSN: 0969-4900.

### Participantes

Estudos sobre a gestão da circular cervical do cordão umbilical

### Objectivo do estudo

Análise das evidências sobre a presença e gestão da circular cervical do cordão umbilical.

### Orientações metodológicas.

Não são referidas no artigo. Realiza uma revisão dos estudos que se relacionam com a gestão da circular cervical. Tem 51 estudos na bibliografia do artigo.

### Resultados

- ✓ Segundo esta autora, culturalmente a circular cervical do cordão umbilical é associada a uma preocupação desproporcional ao risco por parte dos pais.
- ✓ A incidência da circular cervical do cordão umbilical foi menor em cesarianas electivas que em cesarianas de emergência ou partos vaginais o que faz pensar que o feto enreda-se no cordão durante o parto.
- ✓ A presença de uma circular cervical apertada esta associada a alguma morbilidade neonatal a curto prazo, mais não esta claro se tais resultados são realmente uma consequência da presença da circular do cordão cervical ou resultado da gestão da circular.

Na análise efectuada aos estudos, a autora refere surgir uma serie de problemas ao interpretar os resultados dos estudos de investigação:

- ✓ Esta autora verifica que existem registos que associam a presença de

uma circular do cordão a menores índices de apgar e paralisia cerebral. Porém, esta associação não se verifica quando as circulares do cordão umbilical são registadas de maneira rotinizada. Assim sugere-se que as parteiras têm maior tendência a registar a presença da circular do cordão quando há provas de compromisso neonatal

- ✓ Diferenciação entre circular larga e apertada: a maioria dos estudos não distinguem entre circular larga e circular apertadas(Hanking e al 1987, Sornes 1998, Schafer e al 2005) e quando distingue as complicações apenas estão relacionadas a circular apertada( Adinma 1990, Larson e al 1995).
- ✓ A gestão rotinizada de laqueação e corte precoce na presença de uma circular cervical apertada poderá ser a causa real das complicações documentada. Entre três estudos encontrados que diferenciam a circular larga da apertada apenas um fornece informação sobre como foi realizada a gestão da circular cervical determinando a necessidade de laqueação e corte precoce (Adimna 1990) os outros dois não reportam qualquer tipo de informação sobre a gestão da circular(Dhar e al 1993, Kumaria e al 1992) podendo considerar que foi laqueado e cortado precocemente por tratar-se de prática comum.

Os riscos de laqueação e corte do cordão umbilical antes da expulsão completa do feto são:

- ✓ A mulher deve ser impedida de empurrar o que resulta difícil e desconfortável
- ✓ O bebe pode ser agredido inadvertidamente no momento do corte.
- ✓ Se a laqueação ficar indevidamente colocada o cordão poderá sangrar.
- ✓ Uma vez que laqueamos o cordão, o fluxo de sangue entre o bebé e a placenta cessa, predispondo um cenário de hipovolémia e hipóxia o que justificaria que a gestão do cordão é a responsável da diminuição do PH do cordão umbilical, menor pontuação de Apgar, necessidade de reanimação e anemia.

Mercer (2005) sugere que uma circular do cordão cervical apertada pode comprometer a circulação do recém -nascido porque a compressão do cordão durante as contracções pode reduzir o fluxo de sangue para o recém -nascido. Porém se deixa o cordão intacto apos o nascimento o fluxo sanguíneo é

retomado e a circulação placentária pode então corrigir qualquer desequilíbrio ácido base e melhorar o volume de sangue do recém-nascido. Também refere que qualquer reanimação a realizar ao recém-nascido poderá acontecer com o suporte adicional da circulação placentária.

Por outro lado, a possibilidade da ocorrência de uma distocia de ombros após o corte do cordão poderá aumentar a morbidade e mortalidade neonatal. Iffy e al 2001 relatam esta ocorrência em nove casos clínicos em que o cordão foi cortado após o nascimento da cabeça do bebê, porém antes do desenvolvimento da distocia de ombros.

Reed R; Barnes M; Allan (2009) refere em conformidade com alguns manuais didáticos (Chapman (2003), Johnson e Taylor (2005), Maude e Caplice (2006)) que no parto da água não está recomendado a verificação do cordão umbilical pois o manuseamento e o alongamento do cordão estimula as artérias umbilicais causando uma vasoconstrição que poderá estimular uma inspiração prematura do recém-nascido carregando o risco de aspiração de água. Esta abordagem “hands-off” pode ser extrapolada para os partos fora de água onde esta presente uma circular cervical pois o risco do manuseamento do cordão durante o parto para além da vasoconstrição arterial, é desconhecido. Assim, também a prática do “lopping” da circular cervical, envolve alguma tração e o efeito de esta tração não pode ser prevista.

Por outro lado, se acreditamos na capacidade da mulher em parir o próprio filho, dando instruções de parar de fazer força enquanto verificamos a presença de circular do cordão umbilical, pode bloquear o efeito fisiológico do parto gerando stress e preocupação em um ponto tão crucial como é no segundo estágio do parto, este procedimento é reconhecido por estes autores como que existe alguma intercorrência no processo dando visibilidade à importância da gestão e posição da parteira anulando o papel da parturiente.

É importante abordar estas questões com os pais na gravidez, educando-os e preparando-os para a possibilidade do seu filho apresentar uma circular do cordão umbilical. A ansiedade dos pais pode ser reduzida, incentivando a grupos de pais no período pré-natal para explorar e discutir as suas preocupações partilhando informação baseada em evidências.

## Conclusão

- ✓ A circular cervical do cordão umbilical é uma ocorrência frequente no parto. Embora a circular larga do cordão não esteja associada a complicações alguns estudos relacionam a presença de uma circular cervical apertada com anomalias na frequência cardíaca fetal, parto cirúrgico, diminuição de PH, menor índice de Apgar e maior necessidade de cuidados neonatais especiais. Não entanto não este claro se estes resultados são o resultado das circulares apertadas ou da gestão realizada na presença da circular cervical do cordão umbilical.
- ✓ Existem riscos atribuídos a laqueação e corte do cordão antes da expulsão do corpo assim como pesquisa insuficiente que possa justificar esta intervenção.
- ✓ A prática de “looping” da circular cervical larga do cordão, carece de evidência que verifique a sua vantagem assim como interfere com a fisiologia do processo do parto.
- ✓ Culturalmente a circular do cordão umbilical esta relacionada com uma situação de perigo, sendo uma situação geradora de preocupação e ansiedade para os pais. Os cursos de preparação para o parto/ parentalidade devem de abordar informações fiáveis sobre a circular cervical do cordão umbilical, permitindo espaço para os pais expor seus medos adquirindo resposta com base a evidência.

## ESTUDO Nº10.

Melvin C; Downe S 2007 [Management of the nuchal cord: a summary of the evidence.](#) ; British Journal of Midwifery, 2007 Oct; 15 (10): 617-20

Participantes

RSL.

Objectivo do estudo.

- Evidenciar a melhor prática profissional na gestão da circular cervical do cordão.
- Determinar o impacto da gestão da circular cervical na transição do recém-nascido e nas experiências das parturientes.

Orientações metodológicas

RSL de 9 bases de dados entre 1966 e março 2007 e pesquisa em 47 revistas de obstetrícia entre Julho de 2003 e maio 2007. Meta análise dos resultados e resumo descritivo dos resultados.

Resultados

Os resultados neonatais em relação a laqueação do cordão umbilical na terceiro estágio esta amplamente debatido. Não entanto a gestão da circular de cordão umbilical detectada no segundo estágio, assim como os riscos associados, parece ter apresentado pouca cobertura nos estudos de investigação.

Intercorrências como a distocia de ombros e os estudos que demostram o benefício da laqueação tardia do cordão sugerem que a pratica de laqueação do cordão no segundo estágio por apresentar circular cervical do cordão poderá ter um impacto mais negativo que positivo no processo de transição do recém nascido assim como sua repercussão no bem estar materno.

Não encontram evidências claras sobre o impacto maternal ou neonatal da presença de circular do cordão umbilical.

Também não está claro se a vantagem de não laquear o cordão precocemente supera aos benefícios de uma gestão activa do cordão no terceiro estágio.

<b>Jackson et al(2007).</b>	637 questionarios postais a enfermeiros especialistas em obstetricia inglaterra	<p>Gestão de uma circular de cordão que não é apertado: 3,7% laquear e cortar.</p> <p>2,5% faria a manobra Somersault</p> <p>9% não faria nada.</p> <p>87,8% facilitaria a passagem do looping sobre a cabeça, e 46,1% facilitaria entre os ombros.</p> <p>A Gestão de um cordão nuczal apertado:</p> <p>57,8% laquear e cortar, 3,5% manobra somersault 3,5% não faria nada.</p> <p>51,4% facilitaria o looping sobre a cabeça, e 39,6% facilitaria sobre os ombros</p>
<b>Mercer et al (2000)</b>	303 questionários postais que equivalem a (7.4%) dos membros activos da the American College of Nurse-Midwives	<p>A gestão do cordão umbilical, por parte das parteiras de EUA na presença de uma circular muito apertada é:</p> <p>57% Laqueariam e cortariam.</p> <p>40% usariam manobra de Somersault.</p> <p>3% laqueariam e</p>

		cortariam sempre a circular cervical.
<b>Sadam et al (2007)</b>	Avaliação de 30 partos em Israel com apenas uma circular cervical tendo sido laqueado o cordão propositadamente após a apresentação do ombros ou deixado intacto o cordão. Foram avaliados o PH da artéria umbilical após o parto, Apgar de 5 minutos, comprimento peso ao nascer.	<p>Não houve distocia do ombro em um ou outro grupo.</p> <p>Não houve diferenças significativas nos índices de Apgar, peso ao nascer.</p> <p>Não foram encontradas diferenças entre o estudo e grupo controle no Ph arterial umbilical apos o parto.</p> <p>Amostra pouco representativa</p>

#### Pontos-chave

- Hutton e Hassam( 2007 ) o atraso da laqueação do cordão por um período mínimo de 2 minutos após o nascimento não provoca danos e realmente é benéfico para o recém nascido.
- A utilização da manobra de Somersault poderá evitar a laqueação precoce do cordão umbilical Mercer (2005)
- Não existe consenso definitivo das abordagens para a gestão das circulares cervicais do cordão umbilical.
- É necessário a longo prazo uma análise do impacto da gestão da circular cervical no recém- nascido.
- A análise das experiências das parturientes em relação a gestão da circular cervical também precisa ser estabelecida.

#### Conclusão

- ✓ As evidências sobre a gestão adequada na presença do cordão cervical são muito escassas.

- ✓ Existe a necessidade de determinar as experiências maternas na gestão do circular do cordão umbilical.
- ✓ A utilização intraparto de mecanismos de ultrasons para efectuar a triagem de circular cervical do cordão umbilical não deverá ser aconselhada até responder as necessidades anteriores.



## ESTUDO Nº11

Mercer JS; Skovgaard RL; Peareara-Eaves J; Bowman 2005. [Nuchal cord management and nurse-midwifery practice.](#) ; Journal of Midwifery & Women's Health, 2005 Sep-Oct; 50 (5): 373-9. ISSN: 1526-9523 PMID: 16154063

### Participantes

Estudos relacionados com a anatomia e fisiologia na presença de circular do cordão umbilical, assim como a laqueação precoce do cordão umbilical na presença de circular do cordão.

Não justifica as bases de dados utilizadas. Apresenta 40 estudos nas referencias bibliográficas do artigo.

### Objectivo do estudo

Propor a gestão do manobra de Somersault na gestão da circular umbilical seguida da laqueação tardia do cordão , oferecendo uma lógica com base a evidencia actualmente disponível

### Orientações metodológicas

Revisão da literatura.

### Resultados

- ✓ As intervenções no trabalho de parto devem ter por base a compreensão dos conceitos relevantes da fisiologia do processo, como garantia de justificação da pratica.
- ✓ Na gestão do cordão umbilical, os mecanismos fisiológicos mais relevantes relacionados com a circular do cordão umbilical são: a circulação feto-placentária e fisiologia da transição neonatal.
- ✓ Quando o lúmen da veia é regularmente impedido, as artérias por apresentar maior pressão e paredes mais grossas poderão manter o pulsar de sangue do feto para a placenta, enquanto o fluxo de retorno do sangue para o feto é impedido pela oclusão da veia umbilical.
- ✓ A perda de volumem de sangue fetal poderá ser particularmente grave quando o tempo de recuperação entre as contracções é curto.

- ✓ A interrupção de perfusão umbilical estimula uma descarga do sistema nervoso parassimpático, através do nervo vago resultando em bradicardia fetal.
- ✓ Factores como volume de líquido amniótico número de circulares, presença de nós e presença de circulares apertadas agravam o impacto da circular do cordão umbilical no estado fetal durante o trabalho de parto.
- ✓ O sistema de erecção capilar pulmonar, requer uma perfusão pulmonar adequada para facilitar as primeiras respirações.
- ✓ Um feto de termo tem cerca de 110-115 ml/kg de sangue que é distribuída entre os compartimentos fetais e placentários.
- ✓ Antes do nascimento, o volume de cerca dos terços encontram-se no corpo fetal e um terço flui através da placenta. O volume de sangue no recém-nascido após laqueação precoce do cordão é de 70 ml/kg versus de 90ml/kg após laqueação tardia do cordão. Numa criança com 3000gr essa diferença é de 210ml para 270ml de volume total. Estes 60 ml de diferença serão relevantes para a expansão do volume pulmonar, pois após o nascimento 40 a 50 % do gasto cardíaco irá ser infundido para os pulmões em contraste com uma irrigação de apenas 8 a 12% no período fetal.
- ✓ OS potenciais efeitos da laqueação precoce do cordão umbilical incluem hipovolémia, hipotensão, anemia, paralisia cerebral.
- ✓ No recém-nascido que apresenta uma circular do cordão umbilical a circulação poderá estar comprometida por acção das contracções uterinas o que impede o fluxo normal e o equilíbrio ácido-base. Se o cordão não é laqueado antes ou imediatamente após o nascimento, o restabelecimento da circulação feto- placentária ajudará a restituição do equilíbrio ácido-base sanguíneo.

#### **Gestão do cordão umbilical : implicações para a prática.**

- Manter a integridade do cordão umbilical após o segundo estágio do trabalho de parto tanto quanto possível pode diminuir os riscos neonatais de hipovolémia, anemia, encefalopatia hipóxico-isquémica, particularmente se existir um atraso no final do segundo estágio por apresentar distócia de ombros.

- A gestão do cordão deve respeitar o processo fisiológico tendo que ser orientada para proteger a circulação feto- placentária.
- As técnicas a utilizar dependerão do aperto da circular cervical. Se existir uma circular larga, poderá ser passada sobre a cabeça da criança. Se a circular estiver muito apertada para passar sobre a cabeça poderemos tentar deslizar sobre os ombros e permitir deslizar o corpo através da circular (diâmetro biacromial maior diâmetro na apresentação cefálica). Finalmente se a circular esta muito apertada e não permite deslizar sobre os ombros, podemos utilizar a manobra de Somersault descrita por Schorn e Branco em 1991.

### Conclusão

- ✓ As circulares do cordão umbilical estão presentes em aproximadamente 25% dos partos.
- ✓ A laqueação precoce do cordão antes da expulsão completa do recém-nascido ou imediatamente apos o nascimento aumenta o risco de hipovolémia, anemia, choque hipovolémico, e raramente, paralisia cerebral, se a expulsão do corpo é atrasada por apresentar distocia de ombros apos a laqueação precoce do cordão.
- ✓ Para proporcionar um parto seguro, minimizando as intervenções prejudiciais para o recém-nascido e parturiente os prestadores de cuidados precisam de perceber quais os impactos no processo fisiológico normal associados a gestão da circular do cordão umbilical.
- ✓ Esta revisão da literatura suporta que o uso da manobra de Somersault favorece uma transição fisiológica na presença de circular de cordão umbilical.
- ✓ Para a promoção de métodos seguros na gestão da circular cervical torna-se necessário que os preceptores educacionais e clínicos proporcionem aos alunos a oportunidade de praticar a manobra de Somersault em bonecos/modelos. Assim sendo a aprendizagem começa com a sensibilização e exposição dos benefícios de respeitar o processo fisiológico no gestão da circular do cordão umbilical.
- ✓ O padrão actual da prática de laqueação precoce do cordão para iniciar manobras de reanimação do recém-nascido poderá comprometer os resultados da reanimação. Se a reanimação fosse realizada no períneo

da parturiente permitiria ao recém-nascido recuperar o sangue retido nas compressões do cordão umbilical no segundo estágio, restabelecendo a circulação feto placentária. Os enfermeiros especialistas em obstetria precisam de examinar a fisiologia da transição neonatal para a construção lógica de práticas que garantam uma assistência neonatal que diminua os riscos do recém-nascido no seu processo de adaptação a vida extra-uterina.

**APÊNDICE II – plano da sessão de formação e diapositivos  
Apresentados**

.

## PLANO DE SESSÃO – Módulo I

**Título:** Clampeamento do cordão umbilical

**Objectivos:**

- ☐ Fomentar o conhecimento sobre: clampeamento do cordão umbilical, vantagem e desvantagens das várias opções clínicas para a saúde da mulher e RN.
- ☐ Promover a discussão no seio da equipa de enfermagem sobre os temas abordados.

**Formadores:** EEESMO do BP e Sérgio Ruiz Marcos

**Destinado a:** EEESMO Serviço de Puerpério e Bloco de Partos

**Local:** Sala de formação do centro hospitalar (junto recursos humanos)

**Data:** 18/06/2015 às 14h

**Duração:** 45 minutos

Etapas/tempo	Conteúdo	Metodologia	Material	Objetivo	Avaliação
Sumário  Introdução  (EEESMO BP)  15minutos	Apresentação. Objetivos.  Pertinência da formação  Abordagem histórica.  Responsabilidades clínicas	Expositiva	Suporte informático	Integração dos formandos no tema.  Promover o interesse pelo tema	Observação
Desenvolvimento  (Sérgio Ruiz Marcos)  15minutos	Evidência científica  Orientações clínicas nacionais e internacionais	Expositiva	Suporte informático	Comunicar evidência científica encontrada	Observação
Desenvolvimento (EEESMO B.P) 5 minutos	Situações particulares da laqueação do cordão	Expositiva	Suporte informático	Comunicar evidência científica encontrada	Observação
Conclusão  EEESMO BP. + Sérgio Ruiz Marcos  10 minutos.	Análise da prática no bloco de partos.	Expositiva Interativa	Suporte informático	Promover um momento de reflexão entre os EEESMO sobre as práticas atendendo a evidência encontrada	Intervenção do EEESMO na discussão.  Grelha de avaliação normalizada do Centro Hospitalar.

## PLANO DE SESSÃO- Módulo II.

**Título:** Intervenções do EEESMO perante uma cervical do cordão umbilical- promoção da adaptação saudável à vida extra-uterina

### Objectivos:

Objetivo Geral:

- ☐ Promover a adaptação saudável a vida extra-uterina do recém-nascido perante uma circular do cordão umbilical
- ☐

Objetivo Específico:

- ☐ Identificar quais as intervenções que os EEESMO podem desenvolver na presença de uma circular cervical do cordão umbilical, para a promoção de uma adaptação saudável à vida extrauterina.
- ☐ Partilhar com o EEESMO evidência científica actual em relação as intervenções do EEESMO perante uma circular cervical do cordão umbilical.
- ☐ Promover um momento de reflexão entre os EEESMO sobre as praticas efetuadas atendendo a evidência científica.

**Formador:** Sérgio Ruiz Marcos

**Destinado a:** EEESMO Serviço de Puerpério e Bloco de Partos

**Local:** Sala de formação do centro hospitalar (junto recursos humanos)

**Data:** 18/06/2015 às 14h

**Duração:** 35 minutos

Etapas/tempo	Conteúdo	Metodologia	Material	Objetivo	Avaliação
Introdução 5min	Apresentação. Objetivos.  Pertinência da formação	Expositiva	Suporte informático	Integração dos formandos no tema.  Promover o interesse pelo tema	Observação
Desenvolvimento 20min	Revisão sistemática da literatura.  Análise dos achados	Expositiva	Suporte informático	Comunicar evidência científica encontrada	Observação
Conclusão 10 min.	Vídeo sobre prático da manobra Somersault.  Análise da prática no bloco de partos.  Agradecimentos	Expositiva Interativa	Suporte informático	Promover um momento de reflexão entre os EEESMO sobre as praticas atendendo a evidência encontrada  Encerramento e agradecimento	Intervenção do EEESMO na discussão.  Grelha de avaliação normalizada do Centro Hospitalar.

## **Módulo I. CLAMPEAMENTO DO CORDÃO**



## Diapositivo 1

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital de São Bernardo  
Bloco de Partos – Urgência Obstétrica  
18 de junho 2015



### Clampeamento do Cordão Umbilical

*Susana Alexandra Sorribas Santos<sup>1</sup>*  
*Sofia Inês Borges Rodrigues<sup>2</sup>*  
*Sérgio Ruiz Marcos<sup>3</sup>*

<sup>1,2</sup>Enfermeiras Especialistas Saúde Materna e Obstétrica, Centro Hospitalar de Setúbal, EPE  
<sup>3</sup>58CMEESMO, ESEL

## Diapositivo 2

### Evidência científica...




In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thaler/Proken Fokus

### Diapositivo 3

### Evidência científica...

**McDonald (2013).**  
Cochrane Systematic Review  
(15 estudos com 3911 mães e recém-nascidos)

- Não se encontraram diferenças significativas entre a laqueação tardia *versus* laqueação precoce do cordão umbilical para a **mortalidade neonatal** ou para a maioria dos eventos de **morbilidade neonatal**.
- Não se encontraram evidências que relacionem directamente a laqueação do cordão com o índice de **Apgar inferior a 7** aos cinco minutos após o parto, com o **internamento em unidade de cuidados especiais neonatologia** ou cuidados intensivos neonatais.




In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Proken Fokus

### Diapositivo 4

### Evidência científica...

**McDonald (2013).**  
Cochrane Systematic Review  
(continuação)

- O **peso médio** dos recém-nascidos foi significativamente superior nos recém-nascidos com laqueação tardia do cordão.
- O estudo determina um risco de 4.36% de **icterícia** nos recém-nascidos com laqueação tardia do cordão umbilical, comparado a um risco de 2.74% em recém nascidos com laqueação precoce do cordão umbilical. Não se evidenciando um risco aumentado de icterícia grave ou de **policitêmia**.



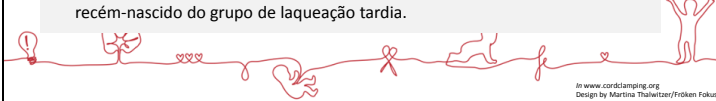
In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Proken Fokus

## Diapositivo 5

### Evidência científica...

**McDonald (2013).**  
Cochrane Systematic Review  
(continuação)

- A concentração de hemoglobina foi significativamente inferior em recém-nascidos com laqueação precoce nas primeiras 24 e 48 horas de vida, não encontrando diferenças significativas de hemoglobina a partir dos dois dias de vida.
- As diferenças de reserva de ferro pareceu persistir, sendo duas vezes mais provável que recém-nascidos do grupo de laqueação precoce do cordão apresenta-se carência de ferro aos três e seis meses em comparação com recém-nascido do grupo de laqueação tardia.




In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Fröhen Fokus

## Diapositivo 6

### Evidência científica...

**McDonald (2013).**  
Cochrane Systematic Review  
**Conclusão:**

- Parece estar justificada uma atitude mais expectante com a laqueação do cordão umbilical, em particular ao considerar as evidências de que a laqueação tardia do cordão aumenta as concentrações precoces de hemoglobina e as reservas de ferro do recém-nascido.
- A laqueação tardia parece ter benefícios sempre que esteja disponível o tratamento de fototerapia para dar resposta a possível icterícia.



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Fröhen Fokus

## Diapositivo 7

### Benefícios do Clampeamento fisiológico...

- A OMS (2012) refere que *atrasar* a laqueação do cordão entre 1 e 3 minutos, é o tempo suficiente para que a transfusão placentária aumente até 30% o **volume sanguíneo** do recém nascido e até 60 % **mais de eritrócitos**, os quais aumentarão as **reservas de ferro** aproximadamente em 50 mg/kg, após hemólise dos eritrócitos em excesso.
- Abalos E. (2009) apoiado nos estudos fisiológicos de Linderkamp, Nelle, Krauss Zilow(1992) e Yao AC. (1974) determina que durante o primeiro minuto existe uma transfusão de 80 ml de sangue da placenta para o recém- nascido chegando até os 100ml aos 3 minutos de perfusão.



## Diapositivo 8

### Benefícios do Clampeamento fisiológico...

No corpo do recém-nascido de termo a concentração normal de ferro é de 75mg/kg de peso.

O ferro é um micronutriente essencial para o desenvolvimento de uma criança, desde o **sistema imunológico** ao **desenvolvimento neurológico**.

Quando as mães amamentam exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida, o leite materno fornece apenas uma pequena quantidade de ferro ao recém-nascido.




## Diapositivo 9

### Evidência científica...

**Rabe H. Diaz-Rossello J.L. Duley L. Dowswell T.(2012).**  
Cochrane Systematic Review  
(15 estudos com 738 recém-nascidos prematuros – 24-36 sem.)

**Conclui que as vantagens da laqueação tardia no RN pré termo são:**

- Aumento das reservas de ferro no momento do nascimento e menor anemia infantil.
- Redução da hemorragia intraventricular: evidenciando uma redução de 59% na taxa de hemorragia intraventricular nos recém nascidos pré-termo com laqueação tardia do cordão.



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Fröhen Fokus


## Diapositivo 10

### Evidência científica...

**Rabe H. Diaz-Rossello J.L. Duley L. Dowswell T.(2012).**  
Cochrane Systematic Review  
(15 estudos com 738 recém-nascidos prematuros – 24-36 sem.)

**Conclui que as vantagens da laqueação tardia no RN pré termo são:**

- Redução de 62% na taxa de enterocolite necrosante entre os recém nascidos pré-termo com laqueação tardia do cordão umbilical.
- Redução de 29% na taxa sepsis neonatal entre os recém nascidos pré-termo com laqueação tardia do cordão umbilical.



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Fröhen Fokus

## Diapositivo 11


# Orientações Clínicas Internacionais...



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Frohen Fokus


## Diapositivo 12

# Orientações Clínicas...



**OMS (2014) recomenda que:**


O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) para todos os nascimentos, de parto vaginal ou cesariana, e iniciando simultaneamente os cuidados imediatos ao recém-nascido.



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Frohen Fokus


## Diapositivo 13

### Orientações Clínicas...



**NICE (2014) recomenda que:**


- Não clampar o cordão antes do 1º minuto, exceto nas situações em que a FC < 60ppm, sem recuperação.
- Clampar o cordão após 5', se optar por uma condução activa da dequitação.
- Se a mulher optar por cortar o cordão depois do 5', essa decisão deve ser apoiada.
- Registar a hora clampeamento do cordão no processo clínico.



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Proken Fokus


## Diapositivo 14

### Orientações Clínicas...



**RCOG 2009:**


- O atraso do clampeamento tardio do cordão (mais de 30 segundos) beneficia o RN reduzindo a incidência de anemia, principalmente no RN prematuro.
- Deve permitir-se a transfusão placentar para o RN.
- Para a mãe, o clampeamento tardio não aumenta o risco de hemorragia pós-parto.
- A hora do clampeamento do cordão deve ser registada.



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Proken Fokus


## Diapositivo 15

### Orientações Clínicas...



**RCM (2012):**


- O clameamento tardio do cordão umbilical é a prática recomendada pelos benefícios que tem para o RN.
- As parteiras devem ter competências na condução quer activa, quer expectante da dequitudura.
- A opção por um 3º estadio do TP é razoável e as mulheres podem escolhê-la.



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Fröhen Fokus


## Diapositivo 16

### Orientações Clínicas...



**ACOG 2012/2014, reconhece que:**

- O atraso do clameamento tardio do cordão até 60 segundos poderá aumentar as reservas de ferro e volume sanguíneo sendo particularmente benéfico em populações em que a deficiência de ferro é prevalente.
- A evidência suporta a promoção da laqueação tardia em recém-nascidos **pré-termo**. Entre os benefícios clínicos, consideram que a possibilidade de redução em quase 50% o risco de hemorragia interventricular.
- Aconselha que os benefícios da laqueação tardia devem ser ponderados contra o aumento de risco de icterícia neonatal.



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Fröhen Fokus



## Diapositivo 17

### Orientações Clínicas...



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Fröhen Fokus

## Diapositivo 18

### Referências Bibliográficas

**Abalos E.** Efecto del momento que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a término en los resultados maternos y neonatais. 2009. Biblioteca de la Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra. OMS.

**ACOG 2012.** *Timing of Umbilical Cord Clamping After Birth, committee on obstetric practice.* Number 543. December 2012. Reaffirmed 2014. Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Timing-of-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth>


**McDonald S et al. 2013.** Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 7. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.

**Mercer Judith, Rebecca L., Skovgaard, Joann Peareara-Eaves and Tracey Bowman 2005.** *Nuchal Cord Management and Nurse-Midwifery Practice. Journal Midwifery Womens Health* 50. 373-379. Acedido 25-04-2014. Disponível em: <http://www.cordclamping.info/publications/Nc%20Article%20JMWHP%202005.pdf>

**Rabe H, Diaz- Rossello JL, Duley L, Dowswell T.** Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane database* 2012 Aug 15;8:CD003248. Doi:10.1002/14651858.CD003248.pub3

**WHO, 2014.** *WHO Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition.* WHO: Geneva.

**WHO, 2012.** *WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage.* WHO: Geneva



In [www.cordclamping.org](http://www.cordclamping.org)  
Design by Martina Thalwitzer/Fröhen Fokus

## **Módulo II**

### **INTERVENÇÃO DO EEESMO PERANTE UMA CIRCULAR CERVICAL DO CORDÃO**


## Diapositivo 1

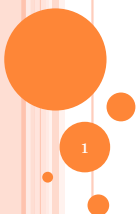
### Estágio com Relatório

**TEMA: INTERVENÇÕES DO EEESMO PERANTE UMA CIRCULAR CERVICAL DO CORDÃO UMBILICAL - PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO SAUDÁVEL À VIDA EXTRA-UTERINA**


5ª Mestrado Enfermagem Saúde Materna e Obstetria. ESEL.

Aluno: Sérgio Ruiz Marcos.  
Orientação. Prof. Irene Soares/ EESMO Sandra Serrão





## Diapositivo 2




### JUSTIFICAÇÃO

A circular do cordão cervical ocorre em 20 a 30% dos nascimentos. Existe a percepção, na presença de uma circular cervical, que o bebê não será capaz de nascer ficando preso no canal de parto. Hutchon (2013)


Culturalmente, as circulares cervicais do cordão umbilical no feto estão associadas a um sentimento de perigo ou risco, criando ansiedade nos pais. Jefford, E.; Fahy, Kathleen; Sundin, Deborah (2009)

A maioria das vezes, a laqueação do cordão umbilical é feita de maneira mecanizada e imediatamente após o nascimento, sem reflectir nas possíveis implicações que este procedimento pode ter em relação ao recém-nascido e a mãe. Matallana C. (2006).

Na mesma linha, a gestão da circular do cordão umbilical tem vindo a ser reflexo do treino e aprendizagem do profissional que gere a situação, estando em falta uma gestão com base a evidencia científica.(Mercer J. 2005)



### Diapositivo 3



## JUSTIFICAÇÃO


A OMS (1996), determina que a adopção acrítica de uma série de inúteis, inoportunas, inadequadas e / ou desnecessárias intervenções, com demasiada frequência mal avaliadas são o risco que prejudica a melhoria da atenção prestada (...).

Para Rebelo M.A. (2010), a Ética desafia aquele que age e, agir eticamente é ser capaz de em cada situação de cuidados usar a evidência em função do bem do outro, protegendo a sua vulnerabilidade e respeitando os seus valores e expectativas.

Para proporcionar um parto seguro o prestador de cuidados precisa entender os processos fisiológicos relacionados com transição à vida extra-uterina e o impacto da gestão do cordão umbilical, promovendo métodos seguros para a prática . Mercer J. (2005).

3

### Diapositivo 4



## OBJETIVOS:

- ❑ Identificar quais as intervenções que os EEESMO podem desenvolver na presença de uma circular cervical do cordão umbilical, para a promoção de uma adaptação saudável à vida extra-uterina.
- ❑ Fornecer ao EESMO de evidência científica actual em relação as intervenções do EEESMO perante uma circular cervical do cordão umbilical.
- ❑ Promover um momento de reflexão entre os EEESMO sobre as praticas efectuadas atendendo a evidência científica.


•

○ **Palavras - chave:**

Parturiente, Feto, Intervenções do EEESMO, Circular cervical, Cordão umbilical, adaptação à vida extra-uterina.

4

## Diapositivo 5




### Questão PICO

**Quais as intervenções que os EEESMO podem desenvolver na presença de uma circular cervical do cordão umbilical, que promovem uma adaptação saudável a vida extra-uterina?.**

- P- Parturiente/ Feto em período expulsivo com circular cervical do cordão umbilical.
- I- Intervenções do EEESMO.
- C.-
- O- Adaptação saudável a vida extra-uterina.

5

## Diapositivo 6

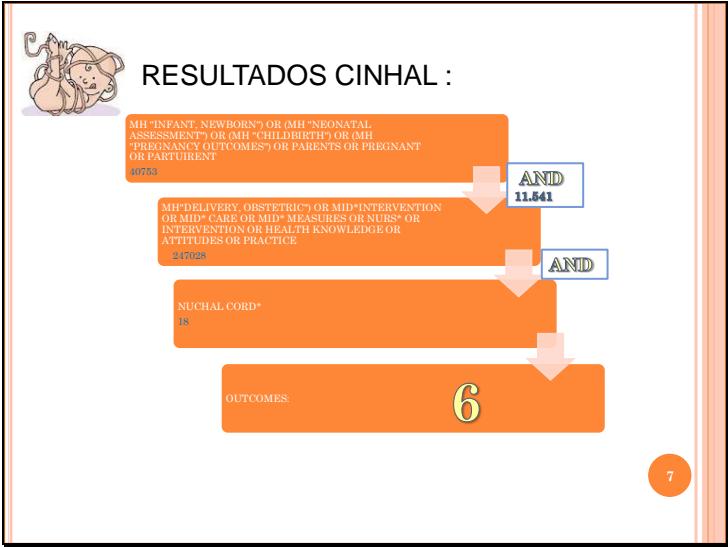


### EBSCOhost Research Databases

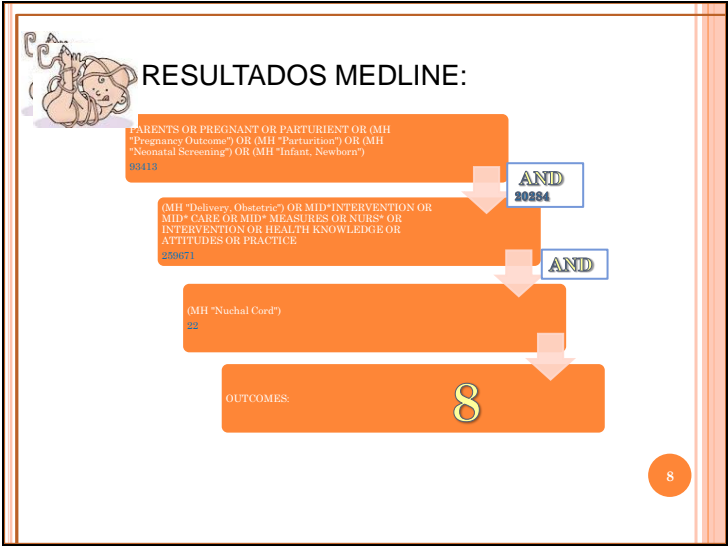
- ❑ Critérios de inclusão
  - Artigos em língua portuguesa, espanhola e inglesa
  - Artigos publicados entre Janeiro 2004 / Dezembro 2014
  - Fulltext
  - Peer reviewed.
- ❑ Critérios de exclusão.
  1. Artigos não gratuitos.
  2. Artigos repetidos em duas bases de dados.
  3. Artigos que não se enquadrem no tema pretendido.

6


Diapositivo 7



Diapositivo 8



## Diapositivo 9



### A circular cervical do cordão umbilical.

Narang Y.Vaid N. Suneja A. Gupta B (2014)  
Estudo a 150 parturientes, no período dos meses Fevereiro, março, agosto e Setembro de 2011 escolhidas entre 2000 partos num centro hospital de Nova Delhi. Três grupos.


**Objectivo do estudo**  
Determinar o efeito da circular do cordão umbilical no equilíbrio acido-base.

**Resultados:**

- ☐ A circular do cordão foi mais frequente em múltiparas que em primíparas.
- ☐ O comprimento do cordão encontrado foi significativamente mais longo no grupo com circular de cordão.(sem circular 48,20cm +- 4,31 cm, com circular simples 53,32 cm +- 6,53 cm, com varias circulares 52,80 +- 8,20cm).
- ☐ Entre os grupos com circular cervical(simples e varias circulares) e o grupo sem presença de circular houve algumas diferenças significativas :
  - CTG não Tranquilizador
  - Presença de mecônio,
  - Apgar aos 5 minutos igual ou inferior a 7
  - Prolongamento do 2 estágio, apresentando uma descida mais lenta
  - Sem diferença significativas circular simples VS varias circulares.

9

## Diapositivo 10



### A circular cervical do cordão umbilical.

Narang Y.Vaid N. Suneja A. Gupta B (2014)


- ☐ A evolução para partos distócicos e/ou hemorragia pós parto foi semelhante entre os três grupos.
- ☐ O ph médio de cada grupo não reflectiu qualquer situação de acedose grave(7,35- 7,28-7,27) .
- ☐ não se evidenciou diferenças significativas no peso dos RN entre os diferentes grupos.

**Conclusão**

- ☐ A circular do cordão é uma ocorrência na qual a maioria dos fetos são capazes de compensar a redução do fluxo de sangue durante a compressão do cordão, nascendo sem intercorrências.
- ☐ O parto vaginal é um parto recomendando como rotina na presença de circular do cordão umbilical, não sendo aconselhada ecografia pré-natal para diagnostico da presença de circular cervical do cordão umbilical.

10

## Diapositivo 11



### A circular cervical do cordão umbilical.

Henry E; Andres RL; Christensen RD. (2013).  
Estudo que inclui 219 337 recém-nascidos no período entre 2005 e 2010( 6 anos) num centro hospitalar no Oeste dos Estados Unidos.


**Objectivo do estudo**  
Comparar os resultados no recém nascido com circular de cordão apertada (incapacidade de reduzir a circular) versus circular de cordão solta versus sem circular cervical do cordão umbilical.

**Resultados:**  
Foram verificadas algumas diferenças estadísticas entre os grupos. Porém as diferenças não são consideradas como revelantes clinicamente.

**Conclusão**  
A presença de uma circular cervical do cordão umbilical apertada é um evento frequente que aparece em 6,6% dos mais de 200 000 recém-nascidos de este centro hospitalar estudado.  
Não houve diferenças clínicas significativas entre associadas a uma circular do cordão umbilical apertada.  
Não existe justificação para adoptar medidas clinicas excepcionais nas praticas de atendimento neonatais perante a evidencia de circular cervical apertada.

11

## Diapositivo 12



### Contextualização da circular do cordão umbilical.

Bustamante Carlos (2011). realizou uma revisão sistemática sobre os resultados perinatais associados a circular do cordão e tipo de parto, obtendo os seguintes resultados:

- ☐ A incidência de uma circular de cordão simples é de 20% (entre 15% e 34%).
- ☐ A incidência da dupla circular e de 1,7% a 3,8% e de 0,2% a 0,3% em três ou mais voltas.
- ☐ Existe algum risco nas situações especiais como varias circulares e circular ajustada.
- ☐ Não existe evidência que suporte a realização de cesariana ante a presença de circular única cervical fetal.


Ghosh GS, Gudmundsson S (2008). Estudo 202 grávidas pós termo admitidas em consulta pré-natal em policlínica em Malmo Suécia, revelando que:

- ☐ A gravidez pós termo apresenta elevada incidência de circular cervical do cordão umbilical, concordando com os estudos de Crawford (1964) e Larson (1995) que referem um aumento exponencial de incidência a partir das 39 semanas de gestação

12



## Diapositivo 13



### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.

Jefford E., Fahy K., Sundin D. (2009)  
Realizaram uma RSL (Pubmed, cinhal, medline, cochrane, IJB) assim como uma entrevista a 26 parteiras de 10 países. 2 fóruns online.

**Objetivo.**


- ❑ Procurar ensaios clínicos controlados e randomizados em relação a prática e orientação de verificar a presença da circular cervical do cordão umbilical durante o parto
- ❑ Determinar quais as práticas habituais em relação a rotina de verificação da presença da circular cervical do cordão umbilical.

**Resultados**

- ❑ Não existem ensaios clínicos controlados randomizados realizados (ECR) ou qualquer directriz de procedimento/orientações em relação da pesquisa da circular cervical no segundo estágio do trabalho de parto no Canada, Australia, Nova Zelanda, Noruega, Dinamarca, Irlanda, Reino Unido e algumas partes nos EUA.

13

## Diapositivo 14



### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.


- ❑ Parteiras EUA e Reino Unido foram questionados respondiam que eram ensinados academicamente a analisar a presença de circular cervical do cordão. Quando os académicos eram questionados sobre a evidencia respondiam que se baseavam em vídeos de nascimento americanos assim como em 2 livros de obstetrícia; Megis 1773 e 1842 e Varney 1997.
- ❑ Parteiras de Dinamarca e Noruega referem não ter lido, observado e/ou praticado a rotina de pesquisa da presença de circular do cordão umbilical.
- ❑ um entrevistado referiu ter mudado sua pratica desde que começou nos partos na agua, promovendo um parto humano e fisiológico sem verificação do cordão umbilical, não obstante a mãe podê-lo-ia fazer.

**Conclusão.**

A pratica de rotina de pesquisar a presença de circular cervical do cordão umbilical não tem base de evidencia e poderá ocasionar efeitos físicos e psicológicos negativos para algumas das mulheres e recém-nascidos.

14

## Diapositivo 15



### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.

Jackson H. Melvin C. Downe S. ( 2007)

Realizaram uma RSL a procura de estudos que avaliem resultados neonatais atendendo ao tipo de gestão clínica da circular do cordão umbilical.

Estudo qualitativo por entrevista postal a 401 parteiras de 7 maternidades diferentes em Inglaterra.

**Objectivo**


Determinar quais as abordagens e a base da evidência utilizada para a gestão da circular do cordão cervical pelo EEESMO na região Nordeste de Inglaterra.

**Resultados**

11 dos entrevistados relataram que existiam directrizes locais para justificar sua prática, mais foram contraditos por outros elementos das mesmas unidades que afirmavam não existir directrizes ou protocolos nos seus serviços.

15

## Diapositivo 16



### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.

A laqueação e corte da circular cervical apertada do cordão, entre 33,5 % para 80,4 % nas diferentes maternidades.

A facilitação de passar o cordão sobre a cabeça em circulares largas variou entre 66,7 % a 100 % nas diferentes maternidades.

Não fazer nada em caso de circulares largas variou entre 2,8 % a 33,3 % por maternidade estudada


A partir destes dados, e a partir das respostas qualitativas, o autor elabora a seguinte hipótese: Um maior tempo de experiência profissional assim como as práticas autónomas por falta de apoio especializado centralizado, determina uma atitude menos interventiva na presença da circular do cordão umbilical.

**Conclusão**

- ☐ Existe uma prática muito variada em relação a gestão de uma circular do cordão umbilical assim como uma justificação pouco consistente que sustentem estas práticas.
- ☐ Torna-se necessário um estudo aprofundado sobre a melhor gestão da circular do cordão umbilical de maneira a maximizar o bem-estar para as mães e recém-nascidos assim como para minimizar os danos.

16

## Diapositivo 17



### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.


Reed R. Barnes M. ( 2009)

Realizou uma revisão dos estudos que se relacionam com a gestão da circular do cordão umbilical a procura de evidências na gestão da circular cervical do cordão umbilical concluído o seguinte:

- ❑ A circular cervical do cordão umbilical é uma ocorrência frequente no parto. Embora a circular larga do cordão não esteja associada a complicações alguns estudos relacionam a presença de uma circular cervical apertada com anomalias na frequência cardíaca fetal, parto cirúrgico, diminuição de PH, menor índice de Apgar e maior necessidade de cuidados neonatais especiais. Não entanto não esta claro se estes resultados são o resultado das circulares apertadas ou da gestão realizada na presença da circular cervical do cordão umbilical.
- ❑ Existem riscos atribuídos a laqueação e corte do cordão antes da expulsão do corpo assim como pesquisa insuficiente que possa justificar esta intervenção.

17

## Diapositivo 18




### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.

- ❑ A prática de "looping" da circular cervical larga do cordão, carece de evidência que verifique a sua vantagem assim como interfere com a fisiologia do processo do parto.
- ❑ Culturalmente a circular do cordão umbilical esta relacionada com uma situação de perigo, sendo uma situação geradora de preocupação e ansiedade para os pais. Os cursos de preparação para o parto/ parentalidade devem de abordar informações fiáveis sobre a circular cervical do cordão umbilical, permitindo espaço para os pais expor seus medos adquirindo resposta com base a evidência.

18

## Diapositivo 19




### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.

Melvin C Downe S (2007)  
Realizaram RSL 9 bases de dados(1966-2007) e pesquisa em 47 revistas de obstetrícia(2003-2007) de modo a evidenciar a melhor pratica profissional na gestão da circular cervical do cordão umbilical concluindo que:

- ☐ As evidências sobre a gestão adequada na presença do cordão cervical são muito escassas .
- ☐ É necessário a longo prazo uma análise do impacto da gestão da circular cervical no recém- nascido.
- ☐ Intercorrências como a distocia de ombros e os estudos que demostram o benefício da laqueação tardia do cordão sugerem que a pratica de laqueação do cordão no segundo estágio por apresentar circular cervical do cordão poderá ter um impacto mais negativo que positivo no processo de transição do recém nascido assim como sua repercussão no bem estar materno.
- ☐ Existe a necessidade de determinar as experiências maternas na gestão do circular do cordão umbilical.

19

## Diapositivo 20




### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.

Mercer JS, Skovgaard RL, Eaves J. Bowman 2005. realizou uma revisão da literatura com o objetivo de propor a manobra de Somersault na gestão da circular cervical oferecendo uma lógica com base a evidencia actualmente disponível obtendo a seguinte conclusão:

- ☐ As circulares do cordão umbilical estão presentes em aproximadamente 25% dos partos.
- ☐ A laqueação precoce do cordão antes da expulsão completa do recém-nascido ou imediatamente apos o nascimento aumenta o risco de hipovolêmia, anemia, choque hipovolêmico, e raramente, paralisia cerebral, se a expulsão do corpo é atrasada por apresentar distocia de ombros apos a laqueação precoce do cordão.
- ☐ Para proporcionar um parto seguro, minimizando as intervenções prejudiciais para o recém-nascido e parturiente os prestadores de cuidados precisam de perceber quais os impactos no processo fisiológico normal associados a gestão da circular do cordão umbilical.
- ☐ Esta revisão da literatura suporta que o uso da manobra de Somersault favorece uma transição fisiológica na presença de circular de cordão umbilical.

20

## Diapositivo 21




### Gestão da circular cervical do cordão umbilical.

- ❑ O padrão actual da prática de laqueação precoce do cordão para iniciar manobras de reanimação do recém-nascido poderá comprometer os resultados da reanimação.
- ❑ Para a promoção de métodos seguros na gestão da circular cervical torna-se necessário que os preceptores educacionais e clínicos proporcionem aos alunos a oportunidade de praticar a manobra de Somersault em bonecos/modelos. Assim sendo a aprendizagem começa com a sensibilização e exposição dos benefícios de respeitar o processo fisiológico no gestão da circular do cordão umbilical.

21


## Diapositivo 22



### Discursão dos resultados

- ❑ As circulares é um achado frequente que esta presente em aproximadamente 25% dos partos.(Mercer 2007).
- ❑ A circular do cordão parece estar preferente associada a gravidezes com idade gestacional mais avançada(Henry 2013, Gosh (2008) Narag (2014), Cohain J (2010)), assim como a cordões umbilicais mais longos (Narag (2014)), fetos sexo masculino, primigestas gestações únicas e distocia de ombros. Henry (2013).
- ❑ Narag (2014) identificou alguma correlação entre a presença de CCC e CTG não tranquilizador, presença de mecónio, IA « 7 ao 5 minuto, ligeiro aumento na necessidade de cuidados neonatais intensivos, alteração do PH, bicarbonato e lactato sem reflectir acidose grave, prolongamento do estágio de trabalho de parto.
- ❑ Cohain J (2010) e Henry (2013) identificam apenas IA diminuído no primeiro minuto sendo que a maioria dos RN são capazes de compensar a redução do fluxo de sangue ao 5 minuto. Cohain J (2010) e Gosh (2008) não identificaram qualquer aumento na necessidade de cuidados neonatais, assim como Henry (2013) revelou uma ligeira diminuição do peso, não evidenciado nos estudos de Narag (2014).

## Diapositivo 23




### Discursão dos resultados

- ❑ Atendendo aos resultados neonatais obtidos, a realização de ecografia pré-natal para o diagnóstico precoce da CCC não evidencia qualquer vantagens para o trabalho de parto assim como todos os estudos analisados recomendam o parto eutócico na presença da mesma.
- ❑ Jefford(2009) Melvin (2007) Reed(2009) Mercer (2005) identificaram que a evidência sobre a gestão adequada da CCC. é muito escassa, assim como existe uma prática variada em relação a mesma.
- ❑ Jefford (2009) conclui o seu estudo identificando a necessidade de um estudo aprofundado sobre a melhor gestão da CCC de maneira maximizar o bem estar para as mães e recém-nascidos assim como minimizar os danos.
- ❑ Os autores anteriores, identificam riscos atribuídos a laqueação e corte do cordão umbilical antes da expulsão do corpo.
- ❑ -Não foram encontradas evidências que avaliassem as experiências maternas em relação a gestão da CCC. Melvin (2007), Reed (2009)

23

## Diapositivo 24




### Discursão dos resultados

- ❑ Hutson JR( 2013) recomenda passar o cordão quando se encontra solto, por cima da cabeça fetal e evitar a laqueação precoce do cordão como primeira opção. No caso de circulares muito apertadas ou com varias voltas a manobra somersault devera ser a abordagem a adoptar.
- ❑ Mercer (2005), defende que se o cordão é solto poderá facilmente ser deslizado sobre a cabeça da criança, se não conseguir passar a circular por cima da cabeça por estar apertada pode tentar passar por cima dos ombros realizando a extracção do neonato através do cordão. Finalmente se a circular esta muito apertada que não consegue a deslizar pelos ombros poderá utilizar a manobra de Somersaut.
- ❑ Reed R.(2009) critica a manobra de "looping". Refere que existe escassez de pesquisa sobre esta técnica e algumas evidências sobre o prejudicial da mesma, como o facto do que o alongamento e manuseamento do cordão estimula as artérias umbilicais ocasionado vasoconstrição e reduzindo o fluxo de sangue. Esta autora defende o interesse fisiológico da manobra de somersault.

24

## Diapositivo 25




### Discursão dos resultados

Estas orientações vão ao encontro com as directrizes propostas pela OMS (1996) em relação ao procedimento de laqueação precoce vs tardio do cordão umbilical, onde refere que embora as evidências científicas não sejam suficientes para decidir entre um ou outro, a laqueação tardia é o processo mais fisiológico.

Também reconhece que a laqueação precoce trata-se de um procedimento que interfere com este processo fisiológico e como tal precisa de uma justificação.

25

## Diapositivo 26



### Conclusão

Perante uma circular do cordão, o EEESMO visando uma prestação cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis no trabalho de parto, deve estar desperto para o impacto da gestão da circular cervical, de maneira a garantir uma gestão adequada dessa situação, assim como a implementação de intervenções efectivas.

Embora existam algumas lagunas nas evidências sobre a gestão da circular cervical a longo prazo, existem riscos demonstrados e atribuídos a laqueação e corte precoce do cordão salvo em situações muito específicas e devidamente justificadas. Atendendo aos estudos analisados, o EEESMO precisam de examinar a fisiologia da transição neonatal para a construção lógica de práticas que garantam uma assistência neonatal que diminua os riscos do recém-nascido no seu processo de adaptação a vida extra-uterina. A promoção mais pretendida deveria apoiar um nascimento suave e fisiológico e um atendimento do recém-nascido centrado na família.

26

## Diapositivo 27




### Manobra Somersault: orientação prática.

[https://www.youtube.com/watch?v=WaJ6sZ4nfnQ&feature=player\\_embedded&list=PL6F93C10FDE68142B](https://www.youtube.com/watch?v=WaJ6sZ4nfnQ&feature=player_embedded&list=PL6F93C10FDE68142B)

27

## Diapositivo 28




### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bustamante C., Anaya, Yúñez, Quinteiro, Lizcano 2011. Pronóstico prenatal de los fetos con circular del cordón en relación con la vía del parto. Revisión de la literatura. Revista colombiana de obstetricia e ginecologia Vol. 62. nº 4. 315-320. cedido 25-05-2015. disponível em:  
[http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342011000400004&lng=es&nrm=iso](http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000400004&lng=es&nrm=iso)
- Cohain Judy. Nuchal cord are necklaces, not nooses. Midwifery today. Spring 2010.pg 46-49. Acedido 25-05-2015 . disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20397541>
- Ghosh GS; Gudmundsson S . 2008.Nuchal cord in post-term pregnancy - relationship to suspected intrapartum fetal distress indicating operative intervention. .; Journal Of Perinatal Medicine [J Perinat Med], ISSN: 0300-5577, 2008; Vol. 36 (2), pp. 142-4; Publisher: Walter De Gruyter; PMID: 18211253
- Hutchon David 2013. Management of the Nuchal Cord a at Birth. Journal of midwifery and reproductive Health. 1 (1) 4-6. Acedido 25-04-2014 . disponível em  
[http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fjmrh.mums.ac.ir%2Fpdf\\_1249\\_73612ca0a57d681a5e41c3b699038937.html&ei=6HpeU96DH:WR0QX5moQQCQ&usq=AFQjCNEoGdcAaQXS3yz5M0\\_IjHCT6LFKcQ&sig2=sh9xBABW68hWntr-HohjQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fjmrh.mums.ac.ir%2Fpdf_1249_73612ca0a57d681a5e41c3b699038937.html&ei=6HpeU96DH:WR0QX5moQQCQ&usq=AFQjCNEoGdcAaQXS3yz5M0_IjHCT6LFKcQ&sig2=sh9xBABW68hWntr-HohjQ)

28



## Diapositivo 29




### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jackson H; Melvin C; Downe S, 2007. Midwives and the fetal nuchal cord: a survey of practices and perceptions., Journal Of Midwifery & Women's Health [J Midwifery Womens Health], ISSN: 1542-2011, 2007 Jan-Feb; Vol. 52 (1), pp. 49-55; Publisher: Wiley; PMID: 17207751
- Jefford, E.; Fahy, Kathleen; Sundin, Deborah. 2009. Routine vaginal examination to check for a nuchal cord. British Journal of Midwifery.4. 246. acedido 25.04-2014. disponivel em: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/38325780/routine-vaginal-examination-check-nuchal-cord>
- Gschliesser A; Scheier M; Colvin HP; Barbieri V; Bergant A 2010; Oxygen utilization in newborns at delivery.; Journal of Perinatal Medicine, 2010; 38 (2): 203-7. (journal article - research, tables/charts) ISSN: 0300-5577 PMID: 20121544.
- Matallana Catalina 2006, Repercusiones clínicas y fisiológicas del tiempo de ligadura del cordón umbilical en recién nacido a término. Universidad de Granada. Tese de doutoramento. Granada. Acedido 25-04-2014 disponivel em <http://hera.ugr.es/tesisugr/16157941.pdf>
- Mercer Judiht, Rebecca L., Skovgaard, Joann Peareara-Eaves and Tracey Bowman 2005. Nuchal Cord Management and Nurse- Midwifery Practice. *Journal Midwifery Womens Health*, 50. 373-379. Acedido 25-04-2014. Disponivel em <http://www.cordclamping.info/publications/NC%20Article%20JMW%202005.pdf>

29

## Diapositivo 30



### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Melvin C; Downe S 2007 Management of the nuchal cord: a summary of the evidence.; British Journal of Midwifery, 2007 Oct; 15 (10): 617-20
- Narang Y. Vaid N. Suneja A. Guleria K Faridi M.M. Gupta B. 2014, Is nuchal cord justified as a cause of obstetrician anxiety? Arch. Gynecology Obstetrics (2014) 289:795-801 DOI 10.1007/S00404-013-3072-9
- Quesland Centre for Mothers e Babies 2012.. Choices about clamping your baby's umbilical cord: a decision aid for women having a vaginal bith. Disponivel em <http://www.havingababy.org.au/media/pdf/cord%20clamping.pdf>.
- Reed R, Margaret Barnes, Jan Allan 2009. Nuchal cord: sharing the evidence with parents. British Journal of Midwifery, Vol. 17, pp 106 – 109
- World Health Organization 1996 . Care in Normal Birth: a practical guide. Geneve. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit; acedido 25-04-2014. disponivel [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/who\\_frh\\_ms\\_m\\_9624/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_ms_m_9624/en/)

30

Diapositivo 31



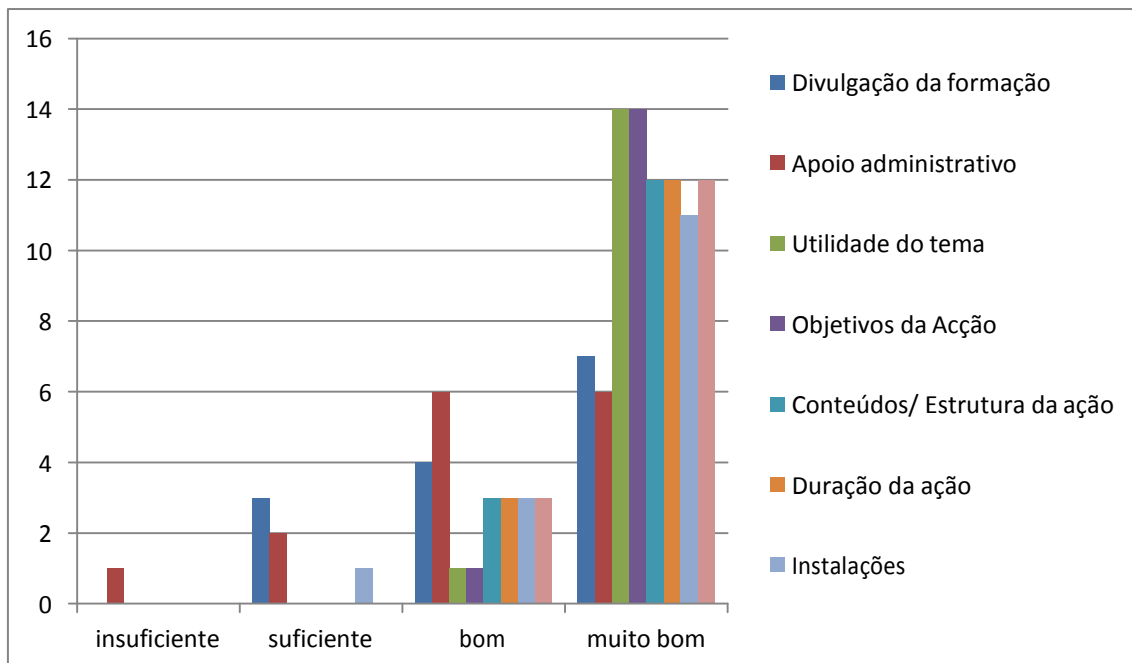
Diapositivo 32



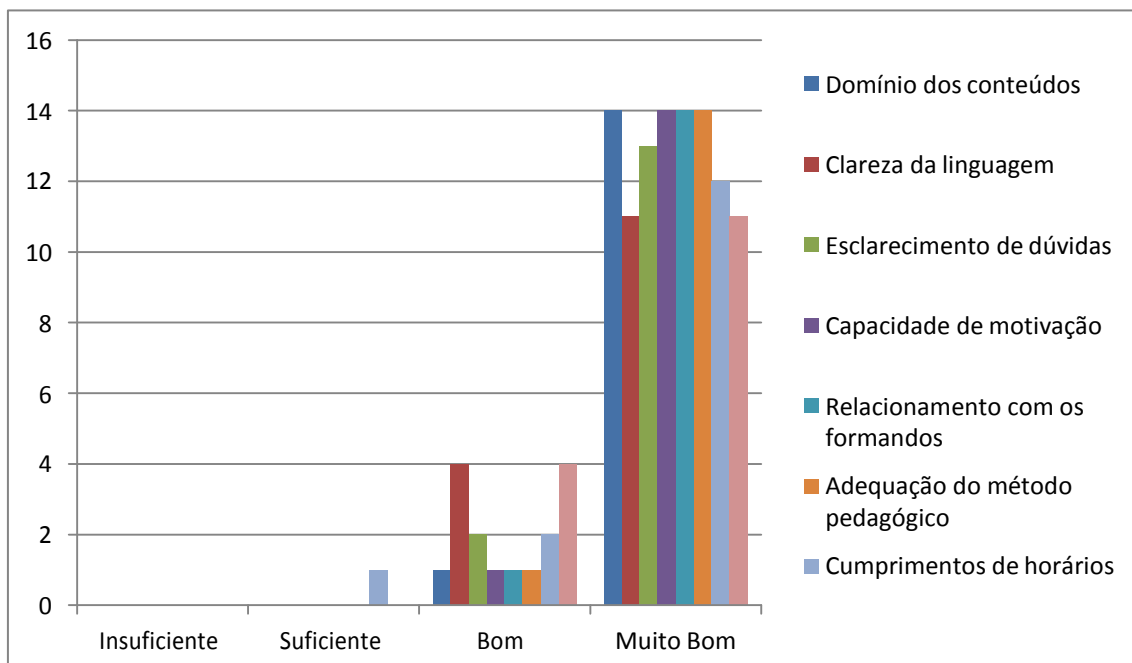
### **Apêndice III. Avaliação da sessão de formação**

A ação de formação foi frequentada por 19 formandos, tendo preenchido o documento de avaliação apenas 15 formandos.

### Avaliação da formação.



### Avaliação do formador.



## Apreciação global.

A ação de formação terá impacto positivo a nível do seu desempenho?

Justifique.

